

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94703113

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Núme | Número da Guia Atribuído pela Operadora 947031 | | | | | | | 113 | | | | | |
|---|-------------------------|--|----------------|--|--|--------------|-----------------------------------|----------------|----------|---------------------------------------|---|--|-----------------|--------------------------------|
| 4 - Data da Autorização 09/04/2024 | 13:49 | 5 - Senha | 94 | 4703113 | 6 - Data de V | | Senha (06/2024 | | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | | | 8 - Va | alidade da Carte | eira | 9 - 7 | Atendimento d | de RN | | | | | |
| 0050000032071810 | | | | 08/12/2025 | | | | N | | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome ALINE SCHMIDT FRAGOSO DA SILVA | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora | | | | 13 - Nome do Contratado | | | | | | | | | | |
| 10.246.214/0001-04 | • | | UNI | UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA | | | | | | | | | | |
| 14 - Nome do Profissiona | | | | | | | 15 - Conselho Profissional | | | 16 - Número do Conselho | | 17 - UF | 18 - Código CBO | |
| MARCUS VINICIUS | | | | | | | 06 | 6 18734 | | | | | 41 | 225270 |
| Dados do Hospital / Lo | | | | | tal / Local Calinit | tada | | | | | 1 | 21 Data | augarida n | ara Internação |
| 1 - 1 | | | | Nome do Hospital / Local Solicitado ORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZAD | | | | | | | 21 - Data sugerida 29/04/2024 00:0 | | | 0 |
| 22 - Caráter do Atendimen | to 23 - Tipo de Interna | | rnação | 24 - Regime de Internação | | 25 - Q | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 | | 26 - Pre | - Previsão de uso de OPME S | | E 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (op | cional) | 30 - CID 10 | 0(2) (opci | ional) | 31 - CID 10(3) (d | opcional) | 32 - CID 1 | 10(4) (opciona | al) | 33 - Indica | ıção de Ac | | idente ou c | loença relacionada) |
| Procedimentos ou Iten | s Assiste | nciais Solic | citados | | | | 1 | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307330 2- 22 307312 3- 98 080110 4- 18 600241 5- | 73 16 45 | cedimento | RE TR PC | ANSPOS | RUCAO, RETI BICAO DE MA IENTOPLAST AXA DE APA | AIS DE 1 T | ΓENDAO - RTE - APT | - TRATAME | NTO | CIRURG | ICO | R 1 1 | | c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 |
| 12- | _ _ _ | | | | | | | | | | | _ | _ | |
| Dados da autorização 39 - Data provável da Ad | missão ho | spitalar | 40 - Qtde | Diárias Au | torizadas | 41 - Tipo de | Acomodaca | ão autorizada | 7 | | | | | |
| , | | | | 1 | 11 | 12 | | | | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104 | | | | | | | | | | | | | | |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/04/2024 / Empresa / Titular: DANIEL FRAGOSO GALDINO DA SILVA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | | | | | | | | | | |



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

| · 11 | 3 - Número da Guia Referen | | 4 - Senha | | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94703113 | | |
|--|----------------------------|-------------------------------|---|---------------|------------------------------------|--|-----------|--|
| 343269 | | 94703113 | | 947031 | 13 09/04/2024 13:49 | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | | | |
| 0050000032071810 | | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | | |
| ALINE SCHMIDT FRAG | | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solici | | | Tro Tro | | 10 | | | |
| 9 - Nome do profissional solicit | | | 10 - Telefone | | 11 - E-mail | | | |
| MARCUS VINICIUS DAI | NIELI | | | | | | | |
| Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica | | | | | | | | |
| LESAO DO LCA JOELHO E LESAO DO LCA JOELHO E | | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do M | | Descrição | | | | icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Au | utorizado | |
| 21 - Registro ANVISA do Mate | | 22 - Referência do mate | | | ção de Funcionamento | | | |
| 1- 00 72320907 80044680067 | DIS | | DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGG | | | _ 1 | - | |
| 2- 00 00597007 | DAI | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO: A REABSORVIVEL GENTLE THRE | | | 1 | | |
| | | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS | | | | -!! | |
| 3- 100066879 | CAN | | ART HORTRON - 4310.001-ST-CMA | | | _ 1 | 11 | |
| 81288540024 | | ARTHROM COMER | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO: | SLTDA _ _ _ | | | | |
| 4- _ | | | | _ _ | _ _ , | _ | _ | |
| | _ | | | | _ _ _ _ | _ _ | | |
| 5- | - | | | _ _ | _ _ _ _ | _ | _ | |
| | _ | | - - | | | | | |
| 6- | - | | | | | | -! | |
| 24 - Especificação do Material | _ | | - - | | | | | |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa | 72 0000 / Emitido c == 00/ | 04/0004 / Empress / Titule :: | DANIEL EDACOSO CALDINO DA SU | | | | | |
| reletone Contratado: (43)33 | 6/2-0900 / Emitido em 09/ | 04/2024 / Empresa / Titular: | DANIEL FRAGOSO GALDINO DA SIL | VA | | | | |
| | | | | | | | ļ | |
| | | | | | | | ļ | |
| | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pro | ofissional Solicitante | | 28 - Assinatu | ra do Responsável pela Autorização | | | |