

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90590950

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 - Número | o da Guia Atribu | uído pela Opera | adora | | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------|------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------------|--|--------------------------|
| 343269 | | | | | 905909 | 50 | | |
| 4 - Data da Autorização 5 - Senha 90590950 6 - | | 6 - Data de Validad | de da Senha 22/05/202 | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 005000005447332 24/11/2024 N | | | | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | N | | | |
| | | | | | | | | |
| 10 - Nome WALMIR DIAS PAIAO | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 | 11 | | ontratado ORTOPEDIA ESF | PECIALIZAD | A LTDA | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - C | | | | | | | " | |
| ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ 06 17905 41 225270 | | | | | | | | 225270 |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação | | | | | | | | |
| 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZAD | | | | | TDA | | 25/03/2023 00 | |
| 22 - Caráter do Atendimento 23 - Ti | ipo de Internação C | o 24 - Regim | ne de Internação | 25 - Qtde. Diária 1 | s Solicitadas 26 | - Previsão de uso de OF S | PME 27 - Previsão | de uso de Quimioterápico |
| 28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) | | opcional) 3 | 31 - CID 10(3) (opcional) 32 | | - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de | | e Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 | |
| Procedimentos ou Itens Assistenc | | | | | | | 27 211 (| |
| 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1- 22 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 2- 22 30733030 CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO 1 1 3- 98 08011081 PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF 1 1 4- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 | | | | | | | | |
| 5- | | | | | | | | |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada | | | | | | | | |
| | | 1 | 1 | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código 0 6528104 | | | | | | | 44 - Código CNES 6528104 | |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/03/2023 / Empresa / Titular: NILCE DO CARMO LIMA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | | | | |



2 - Nº Guia no Prestador

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed &

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 90590950 90590950 23/03/2023 10:48 90590950 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000005447332 8 - Nome **WALMIR DIAS PAIAO** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 00590045 1- 00 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 2- 00 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |__|_|,|__| 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/03/2023 / Empresa / Titular: NILCE DO CARMO LIMA 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização