

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90869435

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núm	ero da Guia Atr	buído pela Opera	adora		0096	9435				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid	dada da Canha	7	9435				
17/04/2023	10:23	5 - Senna	90869435	6 - Data de Valid	16/06/2023	3					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	alidade da Carteira	9	- Atendimento					
0050000002518638	3		11/1:	2/2023		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome OTAVIO SOCIO FE	RRAZ										
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C	Contratado DRTOPEDIA E	SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profission					15 - Cor <b>06</b>	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 32301			Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Lo			da Internação					02001		][	220270
19 - Código na Operado				al / Local Solicitado	0			11	21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		11		OPEDIA ESPE		TDA				2023 00:0	=
22 - Caráter do Atendimer	nto 23	- Tipo de Interna <b>C</b>	ção 24 - Regim	24 - Regime de Internação 1		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26		Previsão de uso de OPME 27 -		Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica					J L						
							- N - 11				
29 - CID 10 Principal (op	cionai)	30 - CID 10(2	) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - Cli	D 10(4) (opcio	nai)	33 - Indicação de Ac	idente (a	9	oença relacionada)
Procedimentos ou Iter											
1- <b>22</b> 307350 2- <b>22</b> 307350	)33 )50	ocedimento	ACROMIOP LUXACAO	LASTIA - PROG GLENO-UMERA	AL - PROCEDII	MENTO VID	EOAR	PICO DE OMBRO	0 1	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut.  1 1
3- 22 307350 4- 18 600005				APARTAMEN		CARTROS	COPIC	CO DE OMBRO	1		1
5- <b>18 60024</b> 1						AMENTO P	ARA A	RTROSCOPIA P	-		1
6-	_ _   _   _	-    -    -							_  _  _		
10-	   _	-    -								_  _  _	 
12-	_ _ _								<u> </u>	_	
Dados da autorização			Ot I. Bill		The leaf of		. 7				
39 - Data provável da Ad	lmissão h	ospitalar   40 ·	Qtde Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de Acomod	ação autorizad	la				
42 - Código na Operado 10.246.214/0001-04		J autorizado		lospital / Local Auto		A LTDA					44 - Código CNES <b>6528104</b>
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/04/2023 / Empresa / Titular: ROBSON FERREIRA DIAS FERRAZ											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário o	u Respo	onsável 49 - Assir	atura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

						<b>-</b> ,		
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia at	· · · · ·
343269		90869435			90869435	17/04/2023 10:23		90869435
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000002518638								
8 - Nome								
OTAVIO SOCIO FERRA	AZ							
Dados do Profissional Solid	itante							
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	] [	11 - E-mail			
<b>BRUNO BOSIO DA SIL</b>	.VA							
Dados da cirurgia					<u></u>			
12 - Justificativa técnica LESÃO LABRAL LESÃO LABRAL								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do l 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricante			de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic o de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autoriz	ada 20 - Valor Unitário Autorizado
1- <b>00 78890896</b>	·				1 1 3		_  3	
80083650087					<u> </u>			111711
2- <b>00 00596221</b>							1	
80743230002							<b>_</b> '	111/11
							_  1	
80743230025					<u>                                     </u>		<b></b> i	111711
4- 00 00590045					l l 2		_  2	
80777280006				OPEDICOSLTDA	<u>'</u> '		— <b>·</b>	111/111
5- <b>74683101</b>	CAN	NULA PARA ARTROSCOF	PIA SETORMED - 009 11	70 85 CANULA CO			_  2	
80777280003		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORT	OPEDICOSLTDA	· ·			
6-						_   _ ,	_	_ _ , _
	_ _ _ _			_  _		_	_	
24 - Especificação do Materia	1							
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 17/	04/2023 / Empresa / Titular:	ROBSON FERREIRA DIAS	S FERRAZ				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	oficeional Caliaitanta			20 Assisstant	do Responsável pela Autorização		
20 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	UIISSIUTIAI SUIICIAATE			Zo - Assinatura d	uo Nesponsavei pela Autorização		