

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91524583

(Via HOSPITAL)

1 " 11	Número da Guia	Atribuído	pela Ope	radora									
343269							9152	4583					
4 - Data da Autorização 13/06/2023 16	5 - Senha		1524583	11	Validade da	Senha /09/2023							
Dados do Beneficiário	5.57	9	1324363	<u>'</u>	03/	109/2023							
7 - Número da Carteira			18 - V	'alidade da Carl	teira	19-	Atendimento	de RN					
8650000327218106			11	05/2023			N						
50 - Nome Social													
Tomo Social													
10 - Nome													
PEDRO HENRIQUE LEMOS DE P													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora		11		Contratado									
10.246.214/0001-04		UNI	ORTE	ORTOPEDIA	A ESPECI	ALIZADA	LTDA						
14 - Nome do Profissional S	olicitante					15 - Cons	elho Profissio	onal	16 - Número do Cor	selho	17 - UF	18 - Código CBO	
CESAR EDUARDO C	ASTRO FERF	REIRA M	ARTINS	3	06				22343		41	225270	
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dao												
19 - Código na Operadora /	CNPJ			ital / Local Solid					11			ara Internação	
10.246.214/0001-04			T E ORT	E ORTOPEDIA ESPECIALIZAI			DA				5/06/2023 00:00		
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regi	ime de Internaçã 1	o 25 - C	Qtde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPM S	27 - P	revisão de u	uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica									_				
29 - CID 10 Principal (opcior	nal) 30 - CID	10(2) (opci	onal)	31 - CID 10(3)	(opcional)	32 - CID	10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de Aci	dente (aci	idente ou d	loenca relacionada)	
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		- () (-		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	(-1		-() (-1		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		9	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Sol	icitados											
34 - Tabela 35 - Código	do Procedimento	36 -	Descrição	0						37 -	Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.	
1- 22 30729220			_			_		_	CIRURGICO	1		1	
2- 22 30731127 3- 18 60000384				STIA DE TEN					^	1		1	
3- 18 60000384 4- 18 60000554				ACOMPANI APARTAM			CAO CON	IPLEIA	4	1		1	
5-	1111			AIAKIAM	LIVI O OIII	LLO				i		. i	
6-		i _								_	.—.—. I—I—I	 	
7- _	_ _ _ _									_	<u> _</u>		
8-	8-												
9- _	_ _ _ _	!								_	<u> </u>		
10-										_	_		
11- _ 12-	 	- 									_ 	 	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Otde	Diárias Ai	utorizadas	41 - Tipo de	e Acomodac	ão autorizad	la					
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1				41 - Tipo de Acomodação autorizada 12									
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Loc			Hospital / Local						44 - Código CNES				
1 1					DIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104						- 1		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 13/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C													
OOPERATIVA CENTRAL		illido em	13/06/20	23 /AUTORIZ	ADO CONF	ORIVIE UN	IIVIED DE C	KIGEW	i / Empresa / Fitula	II. CENTI	XAL NACI	ONAL UNIMED C	
46. Data da Calisitação	1147 4	noin of:	lo Drefie	anal Calisias t	1 40 400	inoture de C	anofield-i-	u De	ancával 40 Accin	oturo -l- F	20005/	al mala Autoriana"	



Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 91524583	4 - Senha	5 - Data da Autorização 13/06/2023 16:57		ído pela Operadora 91524583							
Dados do Beneficiário	0.02.1000		91524583	10,00,2020 10.01		0.02.000						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social											
8650000327218106												
3 - Nome												
PEDRO HENRIQUE LEN	IOS DE P											
Dados do Profissional Solicitante												
9 - Nome do profissional solicita		10 - Telefone	11	1 - E-mail								
CESAR EDUARDO CAS	TRO FERREIRA MARTINS											
Dados da cirurgía												
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM AN pé plano esquerdo AUTORIZADO CONFORME												
OPME Solicitadas												
13 - Tabela 14 - Código do Ma				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 -	Valor Unitário Autorizado						
21 - Registro ANVISA do Materi			23 - Nº Autorização	de Funcionamento								
1- 03050327	GUIA PERCUTANEO ARTRO		1	,	_ 1	_ _ _ ,						
10247709003		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA E - ARTROM - 241-100-14-PARAFUSO DE A	_ _ _ _	_ _ _ _								
2- 72244780 10247700094		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>	_	_ 1 _	_ _ _ ,						
3-	ARTIKOW COWLK	CIO DE IMPEANTESONTOPEDICOSETDA		_ _ _ _	_							
° 1—1—1 1—1—1—1—1— 	 			!								
4-												
			,									
5- _	<u> </u>			_	_	_ _ _ ,						
				_ _ _ _	_ _							
6- _	<u> </u>		_	_ _ _ , _	_	_ _ , _						
				_ _ _ _ _	_ _							
24 - Especificação do Material												
25 - Observação / Justificativa Telefona Contratedo: (43)3373 0000 / Emitido em 43/05/0033 (AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Emitidos CONTRAL UNIMED COORERATIVA CENTRAL												
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 13/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL												
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização								