

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91194643

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N	úmero da Guia A	tribuído pela C	Operadora							
343269	dinoro da Gala 71		pporadora		9119	4643				
4 - Data da Autorização 15/05/2023 16:1	5 - Senha	911946	11	Validade da Sen	ı					
15/05/2023 16:12   91194643   14/07/2023     Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN										
0050000030222071			09/12/2023		N					
50 - Nome Social										
10 - Nome CELINA LIEKO SUZUKI										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora		11	do Contratado							
10.246.214/0001-04		UNIORT	E ORTOPEDIA			. 10				
14 - Nome do Profissional Solicitante  ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ					5 - Conselho Profissional 16 - Número do 17905		Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270			
Dados do Hospital / Local S		-								
19 - Código na Operadora / CNPJ   20 - Nome do Hospital / Local Solicitado   21 - Data sugerida para Internação   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA   20/05/2023 00:00										
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Intern	nação 24 - R	Regime de Internação <b>1</b>	o 25 - Qtde.	Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de C	OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico  N			
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM A					I		·			
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (o		(2) (opcional)	ocional) 31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação o		e Acidente (acidente ou doença relacionada)  9			
Procedimentos ou Itens Ass	istenciais Solicit	tados								
34 - Tabela   35 - Código do	Procedimento	TRANSF PCT LIG ALUGUE	STRUCAO, RET POSICAO DE M BAMENTOPLAS ELTAXA DE AP	AIS DE 1 TEN TIA UNIORTE ARELHO / EC	DAO - TRATAM : - ENF RUIPAMENTO P	RCO DO LIGAMENTO IENTO CIRURGICO ARA ARTROSCOPIA	1 1 1 1			
Dados da autorização	o hospitalar 140	Otdo Diário	o Autorizadas	41 Tipo do Ao	modocão outorizad					
39 - Data provável da Admissã	o nospitalar    40	0 - Qtde Diária:	s Autorizadas 1	41 - Tipo de Aci	omodação autorizad	id				
1 - 1			- Nome do Hospital / Local Autorizado NIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104							
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/05/2023 / Empresa / Titular: JONY KAZUMI SUZUKI  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 Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269	91194643		91194643	15/05/2023 16:12	91194643					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social									
0050000030222071										
8 - Nome	-									
CELINA LIEKO SUZUK										
Dados do Profissional Solici	ante									
9 - Nome do profissional solicit		10 - Telefone	11	- E-mail						
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M	aterial 15 - Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	sitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado					
21 - Registro ANVISA do Mate	ial 22 - Referência do mate	rial no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento						
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET		11		_  1     _ ,					
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
2- <b>00 70627657 10208610040</b>		A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA	1	_   ,	_  1					
3- <b>00 00597007</b>	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 7007 PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAE				1					
80044680085		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-  '					
4-	1 1 1 1 1 1									
				_,						
5-   _				_	_					
				_ _ _ _	_ _					
6-				_						
					_ _					
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/05/2023 / Empresa / Titular: JONY KAZUMI SUZUKI										
Telefone Contratado. (40/00/12-0000 / Entitudo enti 10/00/2020 / Entipresa / Titular. DONT MAZONI COZONI										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização						