

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93204578

(Via HOSPITAL)

A Parietre ANG	Néman de Cuie	ما المالية المالية		Jana								
1 - Registro ANS 3 - 343269	Número da Guia	Atribuldo	peia Operac	oora			932045	578				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de 93204578			6 - Data de Va		Senha 01/2024							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			† i	idade da Cartei	ira	9 -	Atendimento d	e RN				
0050000014552810 30/10/2025				/2025			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome ROSANGELA APARECIDA FERNANDES WALDRICH												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		11	Nome do Co									
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E O	RTOPEDIA	ESPECI/	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ						15 - Conselho Profissional 16 - Número do 17905			Número do Co 905	onselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dad	los da Inte	ernação							_		
19 - Código na Operadora /	CNPJ			I / Local Solicita						1		ara Internação
10.246.214/0001-04		UNIORT		PEDIA ESF	PECIALIZ	ADA LT	DA			27/11/20	023 00:00)
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime	e de Internação 1	25 - Qt	tde. Diárias 1	Solicitadas 2	6 - Previsão	de uso de OPI	ME 27 - P		so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica DOR LIMITAÇAO PARA												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (o		10(2) (opci	cional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação o			Indicação de A	e Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Soli	citados										
34 - Tabela 35 - Código 1 - 22 30733065 2 - 22 30733049 3 - 98 08011081 4 - 18 60024151 5 -	do Procedimento	REI OS PC	TEOCONI T ARTRO UGUELTA	I SUTURA D DROPLASTI SCOPIA DE AXA DE APA	A - ESTA JOELHO ARELHO /	BILIZACA UNIORT EQUIPA	AO, RESSE(E - ENF MENTO PAF	CCAO E/	OU PLASTIA	SC 1 A# 1 1		c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 4		Acomodaç	ão autorizada]				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do			Nome do Ho	D Hospital / Local Autorizado					- 11	44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justificativ Telefone Contratado: (43	3372-0900 / En	nitido em	17/11/2023	3 / Empresa / ⁻	Titular: CO	CAMAR C	COOPERATIV					
46 - Data da Solicitação	47 - As	sinatura d	lo Profission	al Solicitante	48 - Assir	natura do B	eneficiário ou F	Responsáv	el 49 - Ass	inatura do F	Responsáve	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

· · ·	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269	93204578		93204578	17/11/2023 10:35		93204578		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
0050000014552810								
8 - Nome	·							
ROSANGELA APAREC	IDA FERNANDES WALDRICH							
Dados do Profissional Solic	tante							
9 - Nome do profissional solici	ante	10 - Telefone	11	I - E-mail				
ALEXANDRE DE OLIVI	EIRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica DOR + LIMITAÇAO PARA A DOR LIMITAÇAO PARA A	NTIVIDADES SEM MELHORA COM TRAT. CLINICO. TIVIDADES SEM MELHORA COM TRAT CLINICO							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00499293 80356130052		AO OB F 2,9X5,5MM 892350000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1		_ 1	,		
2- 00 00116700		RIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	-		_ 1	,		
80743230025		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-l '			
3-					_	_ _ ,		
4-				_	_	_ _ , _		
				_ _ _ _				
5- _				_	_	_ _ , _		
	_ _ _ _ _ _	_ _ _ _		_ _ _ _	 	_ ,		
				!	-I	IIII ¹ III		
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/11/2023 / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL								
Telefone Contratado: (43)3	572-0900 / Emiliao em 17/11/2023 / Empresa / Titular	. COCAIVIAN COOPERATIVA AGROTINDUSTRIAL						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				