

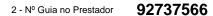
## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92737566

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia	Atribuído pela Ope	radora								
343269				92737566						
4 - Data da Autorização 5 - Senha 03/10/2023 15:24	92737566	6 - Data de Validade	e da Senha 02/12/2023							
Dados do Beneficiário	92757500	<u> </u>	02/12/2023							
7 - Número da Carteira	8 - \	/alidade da Carteira	9 - A	tendimento de RN						
0050000031101073	01/	09/2024		N						
50 - Nome Social										
10 - Nome THAUANY CRISTINA DE SOUZA FARIAS										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora	13 - Nome do									
10.246.214/0001-04	UNIORTE	ORTOPEDIA ESPI			[ 10 N/ l. 0		1[40, 0′, E., 0P0			
14 - Nome do Profissional Solicitante  JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO			06	lho Profissional	16 - Número do Co 23237	onselho 17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dado	-									
1 - 1		oital / Local Solicitado	ALIZADA I TO	Δ		21 - Data sugerida 06/10/2023 00:	· ·			
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Inte			5 - Qtde. Diárias S		revisão de uso de OP		e uso de Quimioterápico			
1 C		1	1		S		N			
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO										
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10	O(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opciona	al) 32 - CID 1	0(4) (opcional)	33 - Indicação de A	cidente (acidente ou <b>9</b>	doença relacionada)			
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solic										
34 - Tabela   35 - Código do Procedimento   1 - 22   30728150   2 - 22   30729181   3 - 18   60000805   4 -	HALLUX V DIARIA DE	O IGAMENTARES CR ALGUS (UM PE) - 1 E QUARTO COLETI	TRATAMENTO	O CIRURGICO FOS COM BANH	HEIRO PRIVATIV	1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar	10 - Qtde Diárias A	utorizadas 41 - Tir	oo de Acomodaçã	io autorizada						
Succession of American Incomplicated	1	1	o do noonlouaçã	adionzada						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04	11	Hospital / Local Autoriza		LTDA			44 - Código CNES <b>6528104</b>			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/10/2023 / Empresa / Titular: CARLOS ROBERTO DE OLIVEIRA CHUEIRE  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

	11 11		4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		92737566		92737566	03/10/2023 15:24	,	92737566	
Dados do Beneficiário		T						
7 - Número da Carteira	•	29 - Nome Social						
0050000031101073								
8 - Nome	001174 EADIAO							
THAUANY CRISTINA DE								
Dados do Profissional Solicitante								
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	1	1 - E-mail			
JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO								
Dados da cirurgia  12 - Justificativa técnica								
INDICAÇÃO CLÍNICA EM AN	IEXO							
INDICAÇÃO CLINICA EM AN	IEXO							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do Ma		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	citado 19 - Qtde. Autorizada	a 20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Materia		22 - Referência do materi		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- <b>00</b> 72466146 10417940137	AN		DESCARTAVEL - 2831-027/ 39.44.04.00027 - CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_    1	_  - - - - - - - - - - - - - - - - -	_  1	,	
2-		ANTINOW COWLING	DE IMPEANTESONTOFEDICOSETDA			_	,	
<del>-</del>	!!!!! 	111111				_	III'-II	
3-	-,,, 					,, _	_ _ , _	
			_ _ _					
4-   _					_	_	,	
			_ _ _			_ _		
5-					_	_ _	,	
					_ _ _ _			
6-   _					_	_	,	
				<u> </u>				
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
	72-0900 / Emitido em 03/	10/2023 / Empresa / Titular: 0	CARLOS ROBERTO DE OLIVEIRA CHUEIRE					
26 Data da Caliniana	OZ Aprimativa de D	oficeianal Calisis		20 A:	- Despensável pola Autaria-a-			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	unssional solicitante		20 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização			