

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91316414

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia /	Atribuído pela Ope	eradora			$\neg$				
343269					913164	14				
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid							
24/05/2023 18	:08	9131641	4	11/08/2023						
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira   9 - Atendimento de RN										
7 - Número da Carteira 8650003867290006		0 - 1	/alidade da Carteira	9-	N	RIN				
50 - Nome Social										
10 - Nome										
JOSE ANDRE MARTIN	IS									
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do	Contratado  ORTOPEDIA E	SDECIALIZAD/	N I TDA					
14 - Nome do Profissional So	licitante	ONIONIE	OKTOT EDIA E		elho Profissional	l 16 - Número do	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO	
CESAR EDUARDO CA		EIRA MARTIN	†1		i i		41		225270	
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dado	os da Internação								
19 - Código na Operadora / C	NPJ 2	20 - Nome do Hosp	oital / Local Solicitade	0			21 - Data	sugerida p	ara Internação	
10.246.214/0001-04	l	JNIORT E OR	TOPEDIA ESPE	CIALIZADA LT	DA		30/05/2	023 00:0	0	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inter	rnação 24 - Reg	jime de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26	6 - Previsão de uso de C	PME 27 - F	revisão de i	uso de Quimioterápico	
1 28 - Indicação Clínica	С		1	1		<u> </u>			N	
29 - CID 10 Principal (opciona	al) 30 - CID 10	O(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de		idente ou d	loença relacionada)	
Procedimentos ou Itens As		itados		,						
34 - Tabela 35 - Código d	lo Procedimento	36 - Descriçã		E TENDAO				- Qtde. Soli		
2- 22 30731224 2- 22 30731127	1- 22 30731224 TRANSPOSICAO UNICA DE TEN 2- 22 30731127 TENOPLASTIA DE TENDAO EM						1		1	
3- <b>18 60000805</b>						ANHEIRO PRIVAT	IVO 1		1	
4-							             			
Dados da autorização  39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	10 - Qtde Diárias A	utorizadas	- Tipo de Acomoda	an autorizada	1				
39 - Data provaver da Admiss	sao nospitalai   4	10 - Qide Dianas A	1	- Tipo de Acomoda	ção autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPEC					\ LTDA	•			44 - Código CNES <b>6528104</b>	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL  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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada 91316414	4 - Senha	91316414	5 - Data da Autorização 24/05/2023 18:08	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
	91310414		91310414	24/03/2023 10.00		91316414
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
8650003867290006	25 Nome decial					
8 - Nome						
JOSE ANDRE MARTIN	s					
Dados do Profissional Solid						
9 - Nome do profissional solic		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
CESAR EDUARDO CA	STRO FERREIRA MARTINS					
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica						
INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A AUTORIZADO CONFORM	ANEXO					
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mat 1- <b>75286157</b>		erial no fabricante NCIA ESTERIL - 101.90720 - PARAFUSO INT	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1	
10208610090		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  '	,
2- <b>00 75043114</b>		CADA UHMWPE COM AGULHA - 0234151-09			1	,
80083650067	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	   _ _ _ _			1-1-1-1/1-1-1
3-	_ _ _		_   _ .	_   _ _ , _	_	_ _ , _
					_ _	
4-   _	_ _ _			_		_ _ , _
				_ _ _ _	_ _	
5-         _ _				_	_	,
 6-		_ _ _ _		-	 	,
° 111 - 1111 					_	
24 - Especificação do Materia						
25 - Observação / Justificativa		ALEODAE HAIMED DE OCIOENT (E	OFNITO AL MAGAZIA	AL LINIMED COCCESATIVE SE	AITDAL	
reletone Contratado: (43)	3372-0900 / Emitido em 24/05/2023 /AUTORIZADO CC	NHOKME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titula	r: CENTRAL NACION	AL UNIMED COOPERATIVA CE	NIKAL	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização		
	11		11			