

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90558476

(Via HOSPITAL)

1 - Registro Al	NS 3 - N	úmero da Guia A	Atribuído pela Op	eradora						
3432	69					905	58476			
4 - Data da Au	torização /03/2023 10:2	5 - Senha	9055847	6 - Data de Valid	dade da Senha 20/05/2	122				
Dados do Be		.0	3033047	<u> </u>	20/03/2	723				
7 - Número da			8 -	Validade da Carteira		9 - Atendiment	to de RN	1		
005000004	4045223		09	/12/2023		N	I			
50 - Nome Social										
10 - Nome ERIVELTO	N RONEY QU	JEIROZ								
	ntratado Solicita	ante	7							
12 - Código na			13 - Nome do	Contratado ORTOPEDIA ES	SPECIALIZ					
	Profissional Solid	citante	ONIONI	OKTOT EDIA E		Conselho Profiss	ional 16	- Número do Co	onselho 17 - U	F 18 - Código CBO
	RE DE OLIVE		ΟZ	06		17905			41	225270
Dados do Ho	spital / Local So	olicitado / Dado	s da Internação							
,	Operadora / CN	11		pital / Local Solicitado					_	a para Internação
10.246.214	/0001-04		JNIORT E OR	TOPEDIA ESPE	CIALIZADA	LTDA			25/03/2023 00	
22 - Caráter do 1	11	23 - Tipo de Interi C	nação 24 - Re	gime de Internação 1	25 - Qtde. D	árias Solicitadas 1	26 - Previsão	o de uso de OPN	ME 27 - Previsão	de uso de Quimioterápico
28 - Indicação	Clínica CLINICA EM A	NEVO								
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)										
									9	
	os ou Itens Assi								27 Otdo	Polio 29 Otdo Aut
34 - Tabela 1- 22	35 - Código do 30733065	Procedimento	36 - Descriç REPARO	OU SUTURA DE	UM MENIS	O - PROCED	IMENTO VI	DEOARTRO	37 - Qtde. 5 SC 2	Solic. 38 - Qtde. Aut.
2- 22	30733049		OSTEOC	ONDROPLASTIA	- ESTABILI	ZACAO, RES	SECCAO E/	OU PLASTIA	A # 1	1
3- 98	08011081		_	ROSCOPIA DE JO			MDI ETA		1	1
4- 18 5- 18	60000384 60024151			E ACOMPANHAN LTAXA DE APAR				ROSCOPIA P	1 PAR 1	1 1
6- _	_ _ _	_ _							 	I I_ _ _
7- _										_ _
8- _										
9- _ 10-	 	 								
11-									_	
12- _	<u> </u>									
Dados da aut	-									
39 - Data prov	ável da Admissã	o hospitalar 4	0 - Qtde Diárias <i>i</i> 1	Autorizadas 41 1	- Tipo de Acon	odação autoriza	da			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104										
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 21/03/2023 / Empresa / Titular: SIN DOS SERVIDORES PUB E AUT MUN DE ARAPONGAS E SABAUDIA										
46 - Data da S	olicitação	47 - Ass	inatura do Profis	sional Solicitante	48 - Assinatura	do Beneficiário	ou Responsáv	rel 49 - Assi	natura do Respons	sável pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada 4		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora						
343269		90558476		90558476	21/03/2023 10:28		90558476					
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social										
0050000044045223												
8 - Nome												
ERIVELTON RONEY QUEIROZ												
Dados do Profissional Solicitante												
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	11	I - E-mail							
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ											
Dados da cirurgia												
12 - Justificativa técnica												
INDICAÇAO CLINICA EM /	ANEXO											
INDIOAÇÃO CLINICA LIVI /	NILAO											
							ļ					
00115 0 11 11 1												
OPME Solicitadas	4.0.2.1	D		10.0	0.1535 15 40 1/51 11.57 5: 0.15	The land of the American Indiana Malanda III	(
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante	23 - Nº Autorização		citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unita	ario Autorizado					
1- 00 00590045		MINA PARA SHAVER SET		<u> </u> 1	_ _ _ ,	_ 1 _ _ _	_ ,					
80777280006		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _	_							
2- 00 00116700	CAN	NETA ABLACAO RF STRI	PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	<u> _ </u> 1	_ _ _ ,	_ 1 <u> </u>	_ ,					
80743230025		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA									
3- _	_ _ _				_	_	_ ,					
					_ _ _ _	_ _						
4- _	_ _ _				_	-! .	_ ,					
					_ _ _ _							
³⁻	_ _ _				_		_ ,					
		IIIIII				 _						
24 - Especificação do Material												
.,,												
25 - Observação / Justificativa												
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 21/03/2023 / Empresa / Titular: SIN DOS SERVIDORES PUB E AUT MUN DE ARAPONGAS E SABAUDIA												
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização							