

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91594193

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atri	buído pela Opera	dora		0450	4402				
343269		C. Camba	1	C Data da Vali	dada da Caaba	9158	4193				
4 - Data da Autorização 20/06/2023 18:12		5 - Senha   6 - Data de Validade d 91594193   1		19/08/2023							
Dados do Beneficiário						_					
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN				
0050000050460121			05/12	2/2023		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome MARCIO LUIZ DA SILVA BARBIERI											
Dados do Contratado S	Solicitant	е									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissiona					15 - Con	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 0 21679			Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Lo			da Internação					21070			
19 - Código na Operador			-	al / Local Solicitad	0			1	21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UN	IORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L	ΓDA			25/06/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendiment	23 -	- Tipo de Internaç C	ão 24 - Regim	24 - Regime de Internação 2 1		5 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - P		Previsão de uso de OPME S		Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>	
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA											
29 - CID 10 Principal (opc	sianal)	30 - CID 10(2)	(anaional) 2	1 - CID 10(3) (opc	signal) 22 CU	0 10(4) (opcio	and) I	22. Indianas da Aa	idonto (oc	nidonto que	
29 - CID 10 Principal (ope	cionai)	30 - CID 10(2)	(opcional) 3	11 - CID 10(3) (opc	cionai) 32 - Cit	7 10(4) (opcio	nai)	33 - Indicação de Ac		9	oença relacionada)
Procedimentos ou Itens									07	0.1.0.1	00 011 4 1
34 - Tabela 35 - Códi 1- 22 307311 2- 98 080110 3-	19 46	coedimento	PCT LIGAMI	ENTOPLASTIA	D DE TENDAO	NF			37 1 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1
39 - Data provável da Ad	missão h	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Aut	orizadas 41	- Tipo de Acomoda	ição autorizad	la				
			1	1							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  44 - Código C 6528104									44 - Código CNES <b>6528104</b>		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/06/2023 / Empresa / Titular: CURSO PRIME MED S/S LTDA ME  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



## 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

· · ·	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269		91594193		91594193	20/06/2023 18:12		91594193			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0050000050460121										
8 - Nome										
MARCIO LUIZ DA SILVA BARBIERI										
Dados do Profissional Solici										
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	I - E-mail					
CARLOS EDUARDO MOTOOKA										
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
1- <b>00</b> 78890578 80083650087	ANG		LICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - A CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  1	_ _ _ ,	_  1	_ _ , _			
2-		AKTHROW COMERC	SIO DE IMPLANTESONTOPEDICOSLIDA		_	_	,			
-   -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -					_	-ı ı—ı—ı—ı _ll	י			
3-					_	 _l	,			
				_ _ _ _	_	_				
4-   _	_ _ _				_	_ _	_ _ , _			
					_ _ _ _	_				
5-          _    1	_ _ _				_	_	_ ,			
	_ <del> _ _ _ </del>	IIIIII				_,, _	_ _ ,			
	_,,,, _				_, _ _ _ _ _					
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		06/2023 / Empresa / Titular:	CURSO PRIME MED S/S LTDA ME							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					