

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91087601

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núme	Número da Guia Atribuído pela Operadora 91087601							7601						
4 - Data da Autorização 05/05/2023	5 - Senha			91087601 6 - Data de Validade da Ser 04/07			Senha 07/2023								
Dados do Beneficiário															
7 - Número da Carteira				8 - Va	alidade da Carteir	a	9 - /	Atendimento d	de RN						
005000005114805				05/03/2025				N							
50 - Nome Social															
10 - Nome CARLOS ROBERTO BRITO MIQUELETTI FILHO															
Dados do Contratado Solicitante															
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado															
10.246.214/0001-04			UNI	UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissiona								15 - Conselho Profissional			16 - Número do Conselho		17 - UF 18 - Código CBO		
ALEXANDRE DE C							06	06		17905			41	225270	
Dados do Hospital / Lo				•	tal / Lacal Calinita	do						21 Data	augarida n	oro Internação	
10.246.214/0001-04	l					Nome do Hospital / Local Solicitado ORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTD							21 - Data sugerida para Internação 10/05/2023 00:00		
22 - Caráter do Atendimen	2 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Interna C		ernação	ão 24 - Regime de Internação 25			Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pr			revisão de uso de OPME 27 - F		Previsão de uso de Quimioterápico N			
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 1	10(2) (opc	ional)	31 - CID 10(3) (op	ocional)	32 - CID 1	10(4) (opciona	al)	33 - Indica	ação de Ac		idente ou c	doença relacionada)	
Procedimentos ou Iten	s Assiste	nciais Soli	icitados												
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307330 2- 22 307330 3- 98 080110 4- 18 600241 5-	65 30 81	LLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLL	RE CO PC	ONDROP	O U SUTURA DE LASTIA (COM OSCOPIA DE . TAXA DE APAI	REMOC JOELHO RELHO/	AO DE CO UNIORTI EQUIPAI	ORPOS LIV E - ENF MENTO PA	RES) - PROC	COPIA P	SC 1 TO 1 1		ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1	
12-	_ _ _	 	 									_	. . _	 _	
Dados da autorização	! ~ .		40 0::	Diff. 1		4 T' '	A :	a							
39 - Data provável da Ad	missão ho	ospitalar	40 - Qtde	Diárias Au 1	itorizadas 4		Acomodaç	ão autorizada							
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 05/05/2023 / Empresa / Titular: GLAUCE CAVALCANTI COELHO MIQUELETTI 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

· II	3 - Número da Guia Referenciada	[4	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		91087601		91087601	05/05/2023 18:16	91087			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	29 - Nor	me Social							
0050000005114805									
8 - Nome									
CARLOS ROBERTO BE	ITO MIQUELETTI FILHO								
Dados do Profissional Solici	ante								
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	11	1 - E-mail				
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A	NEXO - REVALIDAR A GUIA 9004 NEXO REVALIDAR A GUIA 90043	13605 3605							
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		o - Referência do materia	ul no febricanto	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20) - Valor Unitário Autorizado		
1- 00 00590045		RA SHAVER SETO		23 - N° Autorização	I I I I I I	_ 1			
80777280006			O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-ı ·	1111'111		
2						_			
					_ _ _ _	_ _			
3				_ _ _	_	_	_ ,		
	_ _ _	_			_ _ _ _	_ _			
4- _	-				_	_ _	_ ,		
	_ _ _ _ _ _	-			_ _ _ _	_ _			
2-	-				_	_	1 ,		
6-	-	-				 _			
					_	_	1		
24 - Especificação do Material	<u> </u>	<u>-</u>							
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/05/2023 / Empresa / Titular: GLAUCE CAVALCANTI COELHO MIQUELETTI									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional	Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				