

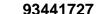
## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93441727

(Via HOSPITAL)

1 "	Número da Guia Atı	ibuído pela Oper	adora						
343269					93441727				
4 - Data da Autorização <b>08/12/2023 11:</b>	5 - Senha	93441727	6 - Data de Validade d	a Senha 6/02/2024					
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		i i	alidade da Carteira	9 - 4	Atendimento de RN				
0050000061902376		01/1	0/2025		N N				
50 - Nome Social									
10 - Nome  KATIA ANGELA LAUR	A DO VALE								
Dados do Contratado Solici	tante								
12 - Código na Operadora		13 - Nome do C	Contratado						
10.246.214/0001-04		UNIORT E	ORTOPEDIA ESPEC	IALIZADA	LTDA				
14 - Nome do Profissional Solicitante  JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO				15 - Conselho Profissional 16 - Número o 23237			Conselho 17 - UF 18 - Código Cl 41 225270		18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dados	da Internação							
19 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	NPJ 20	- Nome do Hospi	tal / Local Solicitado	IZADA LTI	DA		21 - Data si		ara Internação
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Interna			Qtde. Diárias S				Previsão de uso de Quimioterápico	
1	C	içau 24 - Regii	1	1	Sulicitadas 20 - Fie	S	IVIE 27 - PIE		N
						20.1.1.2.1.1			
29 - CID 10 Principal (opciona	30 - CID 10(2	(opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 1	0(4) (opcional)	33 - Indicação de A	9	ente ou a	bença relacionada)
Procedimentos ou Itens Ass									-
34 - Tabela   35 - Código do	Procedimento	OSTEOTOM TENOPLAS DIARIA DE	ALGUS (UM PE) - TR MIA OU PSEUDARTR STIA DE TENDAO EN QUARTO COLETIVO	OSE DOS I I OUTRAS I O DE 2 LEIT	METATARSOS/F REGIOES TOS COM BANH	EIRO PRIVATIV	2 AT 4 2	Little. Solid	2 4 2 1
39 - Data provável da Admissa	ão hospitalar 40	- Qtde Diárias Au	torizadas 41 - Tino	de Acomodaçã	ão autorizada				
	·	1	1		autorizada				
42 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizado	11	Hospital / Local Autorizado DRTOPEDIA ESPEC		LTDA			- 11	44 - Código CNES <b>6528104</b>
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3 46 - Data da Solicitação	3372-0900 / Emitio		23 / Empresa / Titular: A						



## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2 - Nº Guia no Prestador 93441727 MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed A

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 93441727		4 - Senha 93441727		5 - Data da Autorização 08/12/2023 11:28	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora  934417	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000061902376							
8 - Nome							
KATIA ANGELA LAURA	DO VALE						
Dados do Profissional Solicitar	nte						
9 - Nome do profissional solicitan	nte		10 - Telefone	11	I - E-mail		
JOSE EVERALDO PEDR	OLLO FILHO						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANI INDICAÇAO CLINICA EM ANI							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Mat		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Materia		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- <b>00 78611920 81118460046</b>	PAK		BISELADOS TECHIMPORT - TI014.1030.034- CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  2		_  2	,
2-			ASSOCIACAO DO PESSOAL DA UNIVERSIDADE			 	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
	11			11			