

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90591849

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número	da Guia Atri	buído pela Opera	adora							
343269			, ,			9059	1849				
4 - Data da Autorização	11	- Senha		6 - Data de Valid]					
23/03/2023 1	1:22		90591849		22/05/202	<u>- </u>					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
0050000057699251			11	8/2023		N	ue itii				
50 - Nome Social											
30 - Notifie Social											
10 - Nome											
MARCELO GONCAL	VES DI	MIRAS									
Dados do Contratado So	licitante										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C	ontratado ORTOPEDIA E	SPECIALIZAT	ΔΙΤΠΔ					
14 - Nome do Profissional	Solicitante		ONIONIE	TOT LDIA L		selho Profissio	nal	16 - Número do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
CESAR EDUARDO			RA MARTINS		06	† † † † † † † † † † † † † † † † † † †		i i i i i i i i i i i i i i i i i i i	41	225270	
Dados do Hospital / Loca											
19 - Código na Operadora				al / Local Solicitade	0				21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UN	IORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L	TDA			26/03/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Ti	ipo de Interna	ção 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPN	ЛЕ 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
1		С		1	1			<u> </u>			N
29 - CID 10 Principal (opcid	onal) 3	30 - CID 10(2)	(opcional) 3	31 - CID 10(3) (opc	sional) 32 - CI	0 10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de A		cidente ou c	oença relacionada)
Procedimentos ou Itens			dos		,		,				
34 - Tabela 35 - Código		edimento	36 - Descrição	IDDODI ACTIA	FOTABILIZA	240 BEGG	F004	2 F 011 PL ACTIV		- Qtde. Soli	
1- 22 3073404 2- 22 3073202			ENXERTO C		- ESTABILIZA	JAU, KE33	ECCA	D E OU PLASTIA	*(⊑ 1 1		1
3- 22 3073405					ICIONAMENTO	OU REFOR	RCO DE	E LIGAMENTO -	=		1
4- 18 6000055	4			APARTAMENT					1		1
5- 18 6002415	1		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQUIP	AMENTO PA	ARA AI	RTROSCOPIA P	AR 1		1
6- _ _ 7-	. _ 	_								-lll	_
8-	 _	_ _							- -	-II -	 _
9-		_,, _									
10-	. _	_							_	_	
		_								_	
12-	- -	_							l_	-	
Dados da autorização	iooão boo	oitolos 40	Otdo Diórios Aut	torizodos 44	Tipo do Agomad	oão outorizad	$\overline{}$				
39 - Data provável da Adm			Qtde Diárias Aut	12		ação autorizad	a				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/03/2023 / Empresa / Titular: NORTOX S/A											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário o	u Respo	nsável 49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 90591849	4 - Senha	90591849	5 - Data da Autorização 23/03/2023 11:22	6 - Número da Guia atribuído	o pela Operadora 90591849
Dados do Beneficiário	30331043		30331043	23/03/2023 11.22	<u> </u>	30331043
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000057699251						
8 - Nome						
MARCELO GONCALVE	S DIMIRAS					
Dados do Profissional Solic	tante					
9 - Nome do profissional solici	tante	10 - Telefone	11	1 - E-mail		
CESAR EDUARDO CA	STRO FERREIRA MARTINS					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00590045			23 - Nº Autorização I 1	de Funcionamento	1 4	
1- 00 00590045 80777280006	LAMINA PARA SHAVER SET ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ '	- -	_ 1	_ ,
2- 00 76221229		SERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR	 _ 2		_ 2	_ _ ,
10247700123	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 	_	-	
3-		<u> </u>	_ _	_	_	_ _ , _
			<u>_</u> _ _ _	_ _ _ _ _		
⁴⁻			_	_	_	_ ,
5-			- 		 -	,
			_	_		
6- _		<u> </u>	_ _	_	_	_ _ , _
			<u> _ _ _ _</u>		<u></u>	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 23/03/2023 / Empresa / Titular:	NORTOX S/A				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		