

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91358947

(Via HOSPITAL)

343269   91358947								
29/05/2023 12:15 91358947 28/07/2023								
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN								
0050000053758210								
So Notice Godia								
10 - Nome APARECIDO MAJOLI DE LIMA								
Dados do Contratado Solicitante								
12 - Código na Operadora								
14 - Nome do Profissional Solicitante   15 - Conselho Profissional   16 - Número do Conselho   17 - UF   18 - Código CBO								
CARLOS EDUARDO MOTOOKA     06     21679     41     225270								
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação								
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 30/05/2023 00:00								
10.246.214/0001-04   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA   30/05/2023 00:00   22 - Caráter do Atendimento   23 - Tipo de Internação   24 - Regime de Internação   25 - Qtde. Diárias Solicitadas   26 - Previsão de uso de OPME   27 - Previsão de uso de Quimiote								
22 - Carater do Alendrinerilo  23 - Tipo de Internação  1								
28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO								
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								
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. 1 - 22 30720095 FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COT 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
1 39 - Data provavei da Admissao nospitalar   40 - Qtoe Dianas Autorizadas   41 - Tipo de Acomodação autorizada   1 1   1   1   1   1   1   1   1   1								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código C 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104								
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/05/2023 / Empresa / Titular: ELEUCINEIA ALICIO DE LIMA  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização								



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

Unimed A

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referer		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuíd		
343269		91358947		91358947	29/05/2023 12:15		91358947	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000053758210								
8 - Nome								
APARECIDO MAJOLI DE LIMA								
Dados do Profissional Solicitante								
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone			11	- E-mail				
CARLOS EDUARDO M	OTOOKA							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica								
INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A								
INDICAÇÃO CLINICA EM A	ANEXU							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição	Standard Comme		. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate 1- <b>00 00508390</b>		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização 103     1	de Funcionamento	1 4		
81118460026	PL/		DIO PROXIMAL S 03 FUROS TI020.4302. DIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1	,	
2- <b>00 72245123</b>	QIQ.		TOS VERSALOCK BLOQUEADO DE AN			_  8	,	
10247700093	313		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  0	-	
3- <b>00 72375906</b>	FΔI		ARAFUSOS VERSA TORXDRIVE - 223-2			2	,	
10247700109			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_1 _	I—I—I—I"I—I—I	
4-						_	_ ,	
					_,	-ı	י  -	
5-				<u></u>		 _	,	
					_, _	_,	·	
6-						 _	,	
24 - Especificação do Material								
, ,								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/05/2023 / Empresa / Titular: ELEUCINEIA ALICIO DE LIMA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	oficeional Calicitants		20 Appingture de	Responsável pela Autorização			
20 - Data da Sulicitação	21 - Assinatura do Pr	Unasiunai suiiulänle		Zo - Assinatura do	rvesholisavel heid Autolização			