

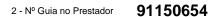
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91150654

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído	pela Operac	lora								
343269							911506	54				
4 - Data da Autorização 11/05/2023 10:20 5 - Senha 91150654 6 - Data de				6 - Data de Va		enha 07/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN												
8650000280389023			30/04	/2025			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome ROSANIA ACACIO												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado											
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E O	RTOPEDIA I								
14 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA					- 11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 19475				onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	los da Inte	ernação									
19 - Código na Operadora / C	11			I / Local Solicita						1		ara Internação
10.246.214/0001-04		UNIORT	E ORTO	PEDIA ESP	ECIALIZ	ADA LTI	DA			15/05/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime	de Internação	25 - Qt	de. Diárias	Solicitadas 26	6 - Previsão	de uso de OPI	ME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica LESAO MAGUITO ROTAT												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33 - In			- Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	citados										
34 - Tabela 35 - Código of	o Procedimento	ACI RUI LES DIA	PTURA D SAO LABI RIA DE <i>I</i> JGUELTA	O MANGUIT RAL - PROC APARTAMEN XA DE APA	O ROTAL EDIMENT NTO SIMF RELHO /	OOR - PR O VIDEO PLES EQUIPA	DEOARTROS OCEDIMENT DARTROSCO	OPICO D	OARTROSO E OMBRO OSCOPIA F	O 1 COP 1 1 2	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 2 1
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde I	Diárias Auto	11	1 - Tipo de	Acomodaç	ão autorizada					
1			Nome do Hospital / Local Autorizado							44 - Código CNES		
UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL												
46 - Data da Solicitação	47 - As	sinatura d	o Profission	al Solicitante	48 - Assin	atura do B	eneficiário ou R	esponsáve	el 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização



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

Unimed #

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 91150654	4 - Senha	5 - Data da Autorização 11/05/2023 10:20	6 - Número da Guia atribuíd	o pela Operadora 91150654	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
8650000280389023							
8 - Nome							
ROSANIA ACACIO							
Dados do Profissional Solid	citante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	11	- E-mail		
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA						
Dados da cirurgia			·				
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM , LESAO MAGUITO ROTAT AUTORIZADO CONFORM	OR ESQUERDO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição			. 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- 00 71502718	ANG		ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J	3		_ 3	,
80044680086			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER SET				_ 2	_,
80777280006	0.41		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_		
3- 00	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	,
	CA1			- - - - -	_		
4- 00 70917540 80777280003	CAI		PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	_ _ , _
5- 00 00622494	GAI	NCHO COMPRESSAO SU		-	_	_ 1	
80356130057	GAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ '	_ ,
6- _		ARTIMOM COMERC	NO DE IMIL EARTEGORTOT EDIGGOETDA				
					-1	-ı ı—ı—ı—ı _ _	I—I—I—I·I—I
24 - Especificação do Materia	I						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		05/2023 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular	CENTRAL NACIONA	AL UNIMED COOPERATIVA CEN	NTRAL	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
·	11			[]	·		