

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91475463

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 9147:						5463					
4 - Data da Autorização 07/06/2023 16	- 11	Senha	91475463 6 - Data de Validade da			Senha 08/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Val	lidade da Carteira		9 - 4	Atendimento	de RN	$\neg$			
0050000003942000	005000003942000 29/06/2024						N					
50 - Nome Social												
10 - Nome												
JORGE PAULO RODI												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora   13 - Nome do Contratado   10.246.214/0001-04   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA												
14 - Nome do Profissional S  DANIEL FERREIRA F		DES VIEIRA				15 - Conselho Profissional 16 - Número do C 19475			onselho	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>	
Dados do Hospital / Local			ernacão			00			13473		<del>     </del>	223270
19 - Código na Operadora /			,	al / Local Solicitado	)					21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UNIOR	TE ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZ					13/06/2	2023 00:0	00
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo	o de Internação C	24 - Regime de Internação 1		25 - Q1	5 - Qtde. Diárias Solicitadas 3		26 - Pre	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>		27 - Previsão de uso de Quimioterápio	
28 - Indicação Clínica					1							
29 - CID 10 Principal (opcior	nal) 30	- CID 10(2) (opci	onal) 3	1 - CID 10(3) (opci	ional)	32 - CID 1	0(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de A	Acidente (ad	cidente ou c	doença relacionada)
											9	
Procedimentos ou Itens A  34 - Tabela 35 - Código			Descrição							37	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30735033	uo Fioceui		•	LASTIA - PROC	CEDIME	ENTO VID	EOARTR	oscoi	PICO DE OMBR		- Qide. 30ii	1
2- 22 30735068		RU	PTURA D	O MANGUITO	ROTAI	DOR - PR	OCEDIME	NTO V	/IDEOARTROS	COP 1		1
3- 22 30735084									O VIDEOARTRO			1
4- 22 30735092 5- 98 08011961				SCOPIA DE OI			_	OCEDI	MENTO VIDEO	ART 1 1		1 1
6- 18 60000805								BANH	EIRO PRIVATI\			2
7- 18 60024151		AL	UGUELT	AXA DE APARI	ELHO/	EQUIPA	MENTO P	ARA A	RTROSCOPIA	PAR 1		1
8-	_ _ _	<u> _ _                                  </u>								<u> </u> _	_  _	_ _ _
9-	_ _ _	_								_	_	_
10-	 	 								 	-lll 	 
12-		 								_	_	_    _
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admis	são hospit	talar 40 - Qtde	Diárias Auto 3	orizadas 41 -	· Tipo de	Acomodaçã	ăo autorizad	а				
42 - Código na Operadora /	CNPJ auto	11		ospital / Local Auto		N 174 D 4	LTDA					44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104  45 - Observação / Justificativa												
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/06/2023 / Empresa / Titular: COMPANHIA CACIQUE DE CAFE SOLUVEL												
46 - Data da Solicitação	7	47 - Assinatura d	lo Profission	nal Solicitante	18 - Assii	natura do Be	eneficiário o	u Respo	onsável 49 - Ass	sinatura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referen	ciada 91475463	4 - Senha	91475463	5 - Data da Autorização 07/06/2023 16:48	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91475463			
Dados do Beneficiário		01110100		01110100	0170072020 10110	]			
7 - Número da Carteira	1	29 - Nome Social							
05000003942000									
8 - Nome							=		
JORGE PAULO RODRIG	GUES								
Dados do Profissional Solicit									
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	1	1 - E-mail		-		
DANIEL FERREIRA FER	RNANDES VIEIRA								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M	aterial 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autoriz	zado		
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
			ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J	<u>  3</u>		_  3   _ ,	1		
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				.		
2- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORMEI						_  2	.1		
80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDIO 3- 00 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST				_ _ _ _  			.		
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	' 	-             -	_  1	'		
4- 00 70917540	CAI		PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO			1	.		
80777280003	<b>0</b> 7.11		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		"  		'		
5- 00 00322229	GAI	NCHO COMPRESSAO SU		1		1	ıl		
80356130057		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	   _ _ _ _			.		
6-   _					_   _ _ , _	_	.		
	_			_ _ _		_ _			
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa	872-0900 / Emitido em 07/	06/2023 / Empresa / Titular:	COMPANHIA CACIOLIE DE CAFE SOLLIVEI						
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/06/2023 / Empresa / Titular: COMPANHIA CACIQUE DE CAFE SOLUVEL									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização				