

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91063221

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núme	ero da Guia Atr	buído pela Opera	adora		910	63221				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid	dade da Senha		00221				
04/05/2023	10:39	3 Germa	91063221	Data de Valle	03/07/20	3					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			† †	alidade da Carteira		9 - Atendiment					
0050000001736852	2		20/0	8/2024		N	l				
50 - Nome Social											
10 - Nome	TO 800	TTON									
LUCAS FAVORETTO SCOTTON Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C	Contratado ORTOPEDIA ES	SPECIALIZA						
14 - Nome do Profission		nte	Ottion: E c	OKTOT EDIA E		nselho Profiss	ional	16 - Número do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE C	LIVEIR	A QUEIROZ			06			17905		41	225270
Dados do Hospital / Lo			-					_			
19 - Código na Operado 10.246.214/0001-04		11		tal / Local Solicitado OPEDIA ESPE		_TDA			1	a sugerida p 2023 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimer	nto 23 -	· Tipo de Interna	ção 24 - Regin	ne de Internação	11	as Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OPN	ИЕ 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica				<u> </u>		-					
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - (ID 10(4) (opcio	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
	,	`		.,,,,	ŕ	(/ ()		,		9	, ,
Procedimentos ou Iten											
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307330		ocedimento			CIONAMENT	O OU REFO	RCO D	O LIGAMENTO		' - Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 307312				SICAO DE MAIS					1		1
з- 98 080110	46		PCT LIGAM	IENTOPLASTIA	UNIORTE -	NF			1		1
4- 18 600008	805		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2	EITOS CON	I BANH	IEIRO PRIVATIV	0 1		1
5- 18 600241	51		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQUI	PAMENTO F	PARA A	RTROSCOPIA P	AR 1		1
6- _										_	
7- _ _ _ _ _	_	. 								_	
9-	 	·!!! 							- 	-lll 	
10-										_ _	
11-										_,, _	
12-	ii_								i_	_	i_i_i_i
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ad	lmissão h	ospitalar 40	Qtde Diárias Au	torizadas 41	- Tipo de Acomo	dação autoriza	da				
42 - Código na Operado	ra / CNPJ	l autorizado	43 - Nome do H	lospital / Local Auto	orizado						44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/05/2023 / Empresa / Titular: ONIVALDO SCOTTON											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura	o Beneficiário	ou Respo	onsável 49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

· 11	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	91063221		91063221	04/05/2023 10:39	91063221		
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social						
0050000001736852							
8 - Nome							
LUCAS FAVORETTO S	COTTON						
Dados do Profissional Solici	ante						
9 - Nome do profissional solicit		10 - Telefone	11	I - E-mail			
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		ainly a fabric and			citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate1- 00 00590045	ial 22 - Referência do mate LAMINA PARA SHAVER SET		23 - Nº Autorização I I 2	de Funcionamento	_ 2 _ _ , _		
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		_ 2		
2- 00 00116700		IPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			1		
80743230025	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _	_			
3- 00 00597007	PARAFUSO INTERFERENCIA	A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	2	_ ,	_ 2 _ _ , _		
80044680085	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _				
4-	<u> </u>			_	_		
5- _				_	_		
					_ _		
6- _				_			
					_ _		
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/05/2023 / Empresa / Titular: ONIVALDO SCOTTON							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			