

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95958339

(Via HOSPITAL)

1 "	Número da Guia	Atribuído p	oela Opera	dora								
343269				[95958	8339				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 9595833			958339	6 - Data de Valid		enha)9/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			† I	idade da Carteira		9 -	Atendimento N	de RN				
0050000057960367												
50 - Nome Social												
10 - Nome MARINA HIROE KAZI ONISHI												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		- 11	lome do Co	ontratado RTOPEDIA E	SPECIA	.I 174D4	ΙΤDΔ					
14 - Nome do Profissional So	licitante	ONIC		ICTOT EDIA E			elho Profissio	nal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
CARLOS EDUARDO MOTOOKA					- 11	11 11 11				225270		
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	os da Inte	rnação									
19 - Código na Operadora / C	- 11			I / Local Solicitad		ADA 1 T				11		para Internação
	0.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESI										/2024 00:00 - Previsão de uso de Quimioterápico	
22 - Caráter do Atendimento 2	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime	e de Internação 1	25 - Qto	de. Diárias 1	Solicitadas	26 - Prev	risão de uso de OF	PME 27 - 1	Previsão de	N Quimioterapico
28 - Indicação Clínica FRATURA EOU LUXACOE	:0											
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)												
Procedimentos ou Itens As										9		
	o Procedimento	36 - I FRA DIA	RIA DE A	OU LUXACOE	NTE COI	M REFEI DE 2 LEI	CAO COM TOS COM	PLETA	EIRO PRIVATIV	COT 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde D	Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de .	Acomodaç	ão autorizada	a				
			1	1								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código 6528104								44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/07/2024 / Empresa / Titular: PAULO CESAR MASATOSHI ONISHI 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269	95958339		95958339			29/07/2024 12:04	95958339				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000057960367											
8 - Nome											
MARINA HIROE KAZI (
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone						11 - E-mail					
CARLOS EDUARDO MOTOOKA											
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica FRATURA E/OU LUXACOE											
FRATURA EOU LUXACOE	S										
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		6 - Opção 17 - Qtd∘ 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizad	a 20 - Valor Unitário Autorizado			
1- 74895176	SISTEMAS DE PLACAS DVR - 131227115 - PARAFUSO LOCK				_ 8		_ 8				
80044680244					 		_ .				
2- 74894501	74894501 SISTEMAS DE PLACAS DVR - 131227214 - PARAFUSO SEM BLOQUEIO				_ 2	,	_ 2	,			
80044680244											
							_ 1	,			
80044680244		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDIO	COSLTDA							
4- _ _ _	_ _ _				_		_	_ ,			
5-		IIIIII					 				
·	_ _ _	111111					-ı ı—ı—ı—ı 	IIII'III			
6-	,,,,, _ _ _ _ _ _			,, 			_,, _	,			
				_ _	<u> </u>						
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/07/2024 / Empresa / Titular: PAULO CESAR MASATOSHI ONISHI											
Telefone Contratado. (40/00/12-0000 / Entitudo enti 25/07/2024 / Entiplesa / Titulai. FACEO CEGAN MAGATOGNI OMONI											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	fissional Solicitante			28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização					
	11				11						