

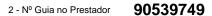
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90539749

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da Gi	io Atribuído	nola Onora	doro								
343269	s - Numero da Gi	iia Allibulud	реіа Орега	uora			905397	749				
4 - Data da Autorização	5 - Sen		0539749	6 - Data de Va								
20/03/2023 09:13 90539749 19/05/2023 Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Cartei	ra	9 -	Atendimento de	e RN				
0050000006505654			10/04	/2024			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome MARCUS VINICIUS JOSE GRIMAS SENEDESE FILHO												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		11	Nome do Co									
10.246.214/0001-04		UN	IORT E O	RTOPEDIA								
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ					† †	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 17905			Número do Co 905	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Loc		ados da In	ternação									
19 - Código na Operadora / CNPJ20 - Nome do Hospital / Local Solicitado21 - Data sugerida para In10.246.214/0001-04UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA23/03/2023 00:00									1			
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de l		24 - Regim	e de Internação	25 - Qt	de. Diárias	Solicitadas 2	6 - Previsão	de uso de OPI	ME 27 - Pr		so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA E			1									
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)) 33 - 1	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionad 9			pença relacionada)
Procedimentos ou Itens	Assistenciais S	olicitados										
34 - Tabela 35 - Códiq 1- 22 3073307 2- 22 3073121 3- 98 0801104 4- 18 6002415 5-	6 5	RE TR PC	ANSPOSI T LIGAMI UGUELTA	UCAO, RETE CAO DE MA ENTOPLAST AXA DE APA	IS DE 1 T IA UNIOR RELHO /	ENDAO - RTE - APT EQUIPAI	- TRATAME I MENTO PAR	NTO CIR	URGICO	CR 1 1 1	Qtde. Solid	2. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
39 - Data provável da Adr	nissão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 4	11 - Tipo de	Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadoro	/ CNP Lautorizo	do 143	Nome do Ho		I 2							44 - Código CNES
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local UNIORT E ORTOPEDIA						LIZADA	LTDA				- 11	6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/03/2023 / Empresa / Titular: SILVIA DA SILVA SENEDESE 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
46 - Data da Solicitação	47 -	Assinatura	do Profission	al Solicitante	II 48 - Assir	natura do B	eneficiário ou l	Responsáv	el 49 - Ass	inatura do R	esponsáve	l pela Autorização



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

Unimed A

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referer		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		90539749		90539749	20/03/2023 09:13		90539749	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000006505654								
8 - Nome MARCUS VINICIUS JOS	SE GRIMAS SENEDES	SE FILHO						
Dados do Profissional Solici	tante							
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1	1 - 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 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
1- 00 70627657			LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011	,		_ 1	_ _ ,	
10208610040		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	A _ _				
2- 00 00590045	LA	MINA PARA SHAVER SET	ORMED - 001030306	2	,	_ 2	_ _ , _	
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD					
3- 00 00597007	PA		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS (_ 1	,	
80044680085		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	A _ _ _ _				
⁴⁻	_				_	_	,	
	_ _ _	IIIIII	-	 		II 	,	
		111111				-I	III''I	
6-	_,,_, _					 _	_ _ , _	
	_ _ _				_ _ _ _	_		
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 20,	/03/2023 / Empresa / Titular:	SILVIA DA SILVA SENEDESE					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização			