

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93020355

(Via HOSPITAL)

[4 5 : 410 ]		A								
1 - Registro ANS 3 - N	úmero da Guia <i>l</i>	Atribuido pe	ela Operadora	1		930203	555			
4 - Data da Autorização 5 - Senha 93020355 6			11	Data de Validade	da Senha <b>29/12/2023</b>					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira			8 - Validad	le da Carteira	9	Atendimento de	RN			
0050000031258037 01/12/2024			)24		N					
50 - Nome Social										
10 - Nome ANA LUCIA HUSS DEZAN										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado									
10.246.214/0001-04		UNIO	RT E ORT	OPEDIA ESPE	CIALIZAD	A LTDA				
14 - Nome do Profissional Solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS					15 - Conselho Profissional 16 - Número do <b>22343</b>			ro do Conse	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local So	olicitado / Dado	ns da Interi	nacão							
19 - Código na Operadora / CN			•	ocal Solicitado				21	- Data sugerida pa	ara Internação
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 06/11/2023 00:0							)			
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inter C	nação 2	4 - Regime de 1	· 11	- Qtde. Diárias <b>1</b>	Solicitadas 26	6 - Previsão de uso <b>S</b>	o de OPME	27 - Previsão de u	so de Quimioterápico
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO  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)  9  Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados										
34 - Tabela 35 - Código do 1- <b>22 30731216</b>	Procedimento		escrição NSPOSICA	O DE MAIS DE	1 TENDAO	- TRATAMEN	NTO CIRURGI	СО	37 - Qtde. Solid	c. 38 - Qtde. Aut. 2
2- 22 30729181		HALI	LUX VALG	US (UM PE) - TI	RATAMENT	O CIRURGIO	0		2	2
3- <b>22 30729203</b>		OST	EOTOMIA (	OU PSEUDART	ROSE DOS	METATARS	OS/FALANGE	S - TRAT	6	6
4- 18 6000805 5-		DIAR		ARTO COLETIV					1 -  _ _ _  -  _ _ _  -  _ _ _  -  _ _ _  -  _ _ _	1
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissã	n hospitalar 14	IO - Otdo Di	árias Autoriza	ndas 141 - Tino	n de Acomodo	ção autorizada	1			
39 - Data provaver da Admissa	u nuspitalal   4	o - Qide Di	1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	J de Acomoda	yau auiUIIZaUA				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Loc UNIORT E ORTOPED					A LTDA			11	44 - Código CNES <b>6528104</b>	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/10/2023 / Empresa / Titular: A DEZAN REPRESENTACOES COMERCIAIS LTDA EPP  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização										



## 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	Senha			atribuído pela Operadora		
343269	93020355		93020355	30/10/2023 17:46		93020355		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
0050000031258037								
8 - Nome	,							
ANA LUCIA HUSS DEZ	AN							
Dados do Profissional Solic	tante							
9 - Nome do profissional solici		10 - Telefone	11	1 - E-mail				
CESAR EDUARDO CA	STRO FERREIRA MARTINS							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLINICA EM A	NEVO							
INDICAÇÃO CLINICA EM A INDICAÇÃO CLINICA EM A	NEXO NEXO					+		
						1		
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M	Material 15 - Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização					
1- 00 78611920		BISELADOS TECHIMPORT - TI014.1030.034-	_  4	_ _ _ ,	_  4	,		
81118460046		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.  _ _ _ _					
2- 00 00193178	FIO KIRSCHNER 0,8X300MM	40012300080	_  2	,	_  2	,		
10223680050				_ _ _ _				
3-	-		 		_l	_ _ , _		
4-					 	_ _ _ ,		
			 		-ı ı—ı—ı—ı _ll	1-1-1-1-171-1-1		
5-					_,, _	,		
6-   _			_	_	_	,		
				_ _ _ _	_ _			
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/10/2023 / Empresa / Titular: A DEZAN REPRESENTACOES COMERCIAIS LTDA EPP								
Telefone Contratado. (43/3372-0300 / Entitud ent 30/10/2023 / Entitiesa / Titulat. A DEZAN REFRESENTACOES CONTERCIAIS ETDA EFF								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				