

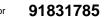
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91831785

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora													
343269								9183	31785				
4 - Data da Autorização 11/07/2023 15:31		5 - Senha	91831785 6 - Data o			le Validade da Senha 19/09/2023							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira 183000001159084	ļ			8 - Val	idade da Carteir	a	9 -	Atendimento N					
50 - Nome Social													
10 - Nome NIVALDO CORREA													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado													
10.246.214/0001-04	1		UNI	ORT E O	RTOPEDIA I	ESPECI	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS					11			16 - Número do C 22343	16 - Número do Conselho 22343		18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Lo	cal Solicita	ado / Dado:	s da Inte	ernação									
19 - Código na Operadora / CNPJ											-		
22 - Caráter do Atendimer	nto 23 - 1	Tipo de Interr	nação	24 - Regim	e de Internação	25 - C	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OF	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA									<u> </u>				
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(s				2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Iten	s Assisten	nciais Solici	tados										
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307280 2- 18 600008 3-	53	 _ 	AR [*]	RIA DE	QUARTO CO	LETIVO	DE 2 LEI	TOS COM	I BANH	ATAMENTO CIR	UR 1 /O 1	- Qtde. Soli	C. 38 - Qtde. Aut. 1 1
Dados da autorização													
39 - Data provável da Ad	lmissão hos	spitalar 40	0 - Qtde I	Diárias Auto	orizadas 4		e Acomodaç	ão autorizad	da				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNE 6528104									44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justifi Telefone Contratado: AL DE CAMPO MOUR	(43)3372-(RAO										·		



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

"	- Número da Guia Referer		4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		91831785			91831785	11/07/2023 15:31		91831785	
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
1830000001159084									
8 - Nome									
NIVALDO CORREA									
Dados do Profissional Solicitar									
9 - Nome do profissional solicitan			10 - Telefone		1	1 - E-mail			
CESAR EDUARDO CAST	RO FERREIRA MAF	RTINS							
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANI INDICAÇAO CLINICA EM ANI AUTORIZADO CONFORME L	EXO	JNTA MEDICA							
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do Mat		Descrição				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Materia		22 - Referência do mater		0040 INOSSES TABL	23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 78034361 80454380015	SIS	TEMA TOTAL PARA TOR	IOZELO TARIC - 0021-1 IO DE IMPLANTESORT		1 - 1 1 1 1	_ ,	_ 1	,	
2- 78034159	eie	TEMA TOTAL PARA TOR			 		1	_ _ _	
80454380015	313		IO DE IMPLANTESOR		' -		_ '	·	
3- 78034396	TEMA TOTAL PARA TOR					_ 1	_ _ ,		
80454380015	5.15		IO DE IMPLANTESORT		<u> -</u> 		_1 .	ı—ı—ı—ı'ı—ı—ı	
4- 00710008	KIT	TESTE FLUXO ALFA-DEI	ENSIVA SYNOVASURI	E 00-8888-125-01 C/ 0	1		_ 1	_ _ , _	
80044680353		ARTHROM COMERO	IO DE IMPLANTESORT	TOPEDICOSLTDA					
5- _					_	_	_	_ _ , _	
			_ _ _			_ _ _ _	_ _		
6- _	_ _ _				_	_ _ _ ,	_	,	
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)337			IFORME UNIMED DE OR	RIGEM JUNTA MEDICA / Er		IMED REGIONAL DE CAMPO MO	OURAO		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	otissional Solicitante			28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização			