

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91709319

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	· Número da C	Guia Atribuído	pela Opera	dora								
						9170	9319					
4 - Data da Autorização	5 - Se		4700040	6 - Data de Vali		- 1						
30/06/2023 08	3:40	9.	1709319		29/08/2	2023						
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carteira		<u> </u>	Atendimento	de RN	_			
0050000000868925 03/10/2024							N	do m				
50 - Nome Social												
10 - Nome												
ROSA OKABE SHIGA												
Dados do Contratado Soli  12 - Código na Operadora	citante	12 -	Nome do Co	ontratado								
10.246.214/0001-04		11		RTOPEDIA E	SPECIALIZ	ZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional S	olicitante						lho Profissio	nal	16 - Número do	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLI	VEIRA QUI	EIROZ			06	06   17905			17905		41	225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado / I	Dados da Int	ernação		<u>'</u>							
19 - Código na Operadora /	CNPJ	11		al / Local Solicitad						11		ara Internação
10.246.214/0001-04	11			PEDIA ESPE							2023 00:0	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de	e Internação C	24 - Regim	e de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. [	Diárias S 3	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de 0 <b>S</b>	OPME    27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica	<u> </u>			•								
Procedimentos ou Itens A  34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30726034	ssistenciais \$	ento 36	- Descrição	1 - CID 10(3) (opc			0(4) (opcion			37	cidente ou c <b>9</b>	loença relacionada) c. 38 - Qtde. Aut.
2- 18 60000384		DIA	ARIA DE A	COMPANHAI	NTE COM F	REFEI	CAO COM	PLET/	A	1		1
3- 18 60000805 4-		DI/		QUARTO COL						TIVO 3		3
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admis	são hospitala	r   40 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de Aco	omodaçã	ao autorizada	a				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  44 - Código CNES 6528104								44 - Código CNES <b>6528104</b>				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/06/2023 / Empresa / Titular: MIKIO SHIGA  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 <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada 91709319	4 - Senha	91709319	5 - Data da Autorização 30/06/2023 08:40	6 - Número da Guia atribuído p	pela Operadora 91709319
	31703313		31703313	30/00/2023 00:40		31703313
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000000868925	29 - Nome Social					
8 - Nome						
ROSA OKABE SHIGA						
Dados do Profissional Solici						
9 - Nome do profissional solicit		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVE	EIRA QUEIROZ					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do N	laterial 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	de Funcionamento		
1- 00 74906119		LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO	<u> </u>	_ _ _ ,	_  1	_ _ , _
80044680276		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _		
2- <b>00 74902318</b>		LIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	<u> </u>	_ _ _ ,	_  1	_ ,
80044680272		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _		
3- <b>00 73990930</b>		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01	1	,	_  1	,
80044680277		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _		
4- 00 72397950		OPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2	,	_  2	,
10243070064	ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5-				_	_	_ ,
				_ _ _ _ _		
6-   _					_ _	,
					_	
24 - Especificação do Material  25 - Observação / Justificativa						
	372-0900 / Emitido em 30/06/2023 / Empresa / Titular: N	MIKIO SHIGA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		