

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94176010

(Via HOSPITAL)

343269   94176010						
4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha						
23/02/2024 14:27 94176010 23/04/2024						
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000035772606 N						
50 - Nome Social						
10 - Nome  LUCIANA FANCIO BOVOLIN						
Dados do Contratado Solicitante						
12 - Código na Operadora   13 - Nome do Contratado   10.246.214/0001-04   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA						
14 - Nome do Profissional Solicitante   15 - Conselho Profissional   16 - Número do Conselho   17 - UF   18 - Código CBO						
CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS 06 22343 41 225270						
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação						
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação						
10.246.214/0001-04   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA   28/02/2024 00:00   22 - Caráter do Atendimento   23 - Tipo de Internação   24 - Regime de Internação   25 - Qtde. Diárias Solicitadas   26 - Previsão de uso de OPME   27 - Previsão de uso de Químic						
1 C 1 1 S N						
28 - Indicação Clínica 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 relaci						
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados						
34 - Tabela   35 - Código do Procedimento   36 - Descrição   37 - Qtde. Solic.   38 - Qtde. Aut.   1 - 22   30729181   HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO   1   1   1   1   1   1   1   1   1						
39 - Data provável da Admissão hospitalar   40 - Qtde Diárias Autorizadas   41 - Tipo de Acomodação autorizada						
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 CNES 6528104						
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/02/2024 / Empresa / Titular: CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA BOVOLIN  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

· II	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269	94176010		94176010	23/02/2024 14:27	9417601	
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000035772606						
8 - Nome						
LUCIANA FANCIO BOVOLIN						
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone			11	I - E-mail		
CESAR EDUARDO CAS						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A	NEXO NEXO					
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M					citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado	
<ul><li>21 - Registro ANVISA do Mate</li><li>1- 00 74401599</li></ul>		erial no fabricante NITFIX RAZEK 1,5X11X15X13 (AGS 11-15-13	23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
80356130167		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		_  1	
2-	/	010 DE 11111 E/1111 E0011 OF ED1000E1D/1			_	
				_,		
3-   _				_		
			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
4-   _				_	_	
				_ _ _ _		
5-				_		
6-		_ _ _ _ _		_ _ _ _		
· I				_	_	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/02/2024 / Empresa / Titular: CARLOS EDUARDO DE OLIVEIRA BOVOLIN						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		