

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92905684

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pe	ela Operadora									
343269					9290	5684						
4 - Data da Autorização 5 - Senha 9290			6 - Data d	le Validade da Se 18/1	enha 2/2023							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
0050000003723812			17/08/2025		N							
50 - Nome Social												
10 - Nome ADRIANO DE FREITAS												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		13 - Noi	me do Contratado									
10.246.214/0001-04		UNIOF	RT E ORTOPED	IA ESPECIA	LIZADA LTDA							
14 - Nome do Profissional So ALEXANDRE DE OLIV				onal 16 - Número do 0	Conselho   17 - UF   18 - Código CBO   225270							
Dados do Hospital / Local 3	Solicitado / Dado	os da Intern	nação									
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação												
10.246.214/0001-04			E ORTOPEDIA E				25/10/2023 00:00					
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inter	rnação 24	4 - Regime de Interna <b>1</b>	ção 25 - Qtd	e. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de Ol	PME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico					
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (		O(2) (opciona	ocional) 31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID 10(4) (opcion	nal) 33 - Indicação de	ão de Acidente (acidente ou doença relacionada)  9					
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	itados										
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 98 08011081 4- 18 60024151 5-	_   _   _   _   _   _   _   _   _   _	REPA OSTE PCT /	EOCONDROPLA ARTROSCOPIA GUELTAXA DE A	STIA - ESTAE DE JOELHO I APARELHO / E	BILIZACAO, RESS JNIORTE - ENF EQUIPAMENTO P		IA# 1 1 1 1					
10-	_ _ _ _  _ _  _ _  _ _ _											
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	10 - Qtde Diá	árias Autorizadas <b>1</b>	41 - Tipo de <i>A</i>	Acomodação autorizad	da						
1 11			- Nome do Hospital / Local Autorizado									
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/10/2023 / Empresa / Titular: FOTOLITOS DP STUDIO LTDA												
46 - Data da Solicitação	II 47 - Ass	sinatura do F	Profissional Solicitan	te II 48 - Assina	atura do Beneficiário o	ou Responsável 1 49 - As	sinatura 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 92905684	4 - Senha	92905684	5 - Data da Autorização 19/10/2023 17:05	6 - Número da Guia atribuíd	lo pela Operadora 92905684
	92903004		92903004	19/10/2023 17:03		92903004
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000003723812	25 - None Social					
8 - Nome						
ADRIANO DE FREITAS						
Dados do Profissional Solici						
9 - Nome do profissional solici		10 - Telefone		- E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVI						
Dados da cirurgia						
	NEXO - REVALIDAR A GUIA 92807911 - MOTIVO DO NEXO REVALIDAR A GUIA 92807911 MOTIVO DO					
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M				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- <b>00 00116700 80743230025</b>		IPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  ' 		_  1	_ _ , _
2- <b>00</b>	LAMINA PARA SHAVER SET				_  1	,
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 			1-1-1-1-1/1-1-1
3-			_   _  <u> </u>	_	_	,
				_	_ _	
4-   _			<u> </u>	_	_ _	,
		_		_ _ _ _	_	
				_	_	
6-				_	 _	,
				_		
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 19/10/2023 / Empresa / Titular:	FOTOLITOS DP STUDIO LTDA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		