

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90993325

(Via HOSPITAL)

1 "	· Número da Gui	a Atribuído	pela Opera	dora								
343269							9099	3325				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 90993:			0993325	6 - Data de Val		Senha 07/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 1170000001570585 N												
117000001570585 30/06/2024 50 - Nome Social												
SO HOME GOOR												
10 - Nome LEILA SOARES EUCLIDES												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	Nome do C	ontratado PRTOPEDIA E	SPECIA	ΔΙ ΙΖΔΠΔ	ΙΤDΔ					
14 - Nome do Profissional S	olicitante			TOT EDIA E	01 2017		elho Profissio	nal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
MARCUS VINICIUS DANIELI						06 18734					41	225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Da	idos da Int	ernação									
19 - Código na Operadora /	CNPJ	1	•	al / Local Solicitad		'ADA I T	D.A.			11		para Internação
	10.246.214/0001-04         UNIORT E ORTOPEDIA ESP           22 - Caráter do Atendimento         23 - Tipo de Internação         24 - Regime de Internação							00 D	Previsão de uso de OPME   27 - F		2023 00:00	
22 - Caráter do Atendimento	C 23 - Tipo de in	ternação	24 - Regim	e de Internação	25 - Q1	3	Solicitadas	26 - Prev	S	ME   27 - 1	Previsao de	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 relacionada)												
										9		
Procedimentos ou Itens A												
34 - Tabela         35 - Código           1- 22         30726034           2- 18         60000384           3- 18         60000805           4-	do Procediment	AR Di <i>l</i>	ARIA DE A	ACOMPANHA	NTE CO	M REFEI DE 2 LEI	CAO COM	BANHE	EIRO PRIVATIV	CIR 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.  1  3
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada												
	· 		3	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 <b>6528104</b>		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/04/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOP ERATIVA DE TRABALHO MEDICO												
46 - Data da Solicitação	41 - F	งอริเทสเนเส (	au miuiissi0ľ	iai Suicitante	40 - ASSII	iatura do B	enenciario ol	u rcespon	ısaveı    49 - ASS	ภาสเนโส ปี0	nesponsa/	ei peia Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Refere	11	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		90993325		90993325	27/04/2023 11:33		90993325
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1170000001570585							
8 - Nome		<u> </u>					
LEILA SOARES EUCLI	DES						
Dados do Profissional Solid	itante						
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
MARCUS VINICIUS DA	NIELI						
Dados da cirurgia			·				
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM / INDICAÇAO CLINICA EM / AUTORIZADO CONFORM	ANEXO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do l		- Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	) - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do materi		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 74907735	CO		LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02 CO			_  1	_,
80044680276			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.   _ _ _			
2- <b>76362205</b>	CC		PTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 C			_  1	_ ,
80175510047	10.16		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3- <b>19 75999080</b>	INS		LIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-595	1		_  1	,
80044680258	011		COPEDIA CAN MICCOLIDADE CTANDARD		_ _ _		
4- 00 72397950 10243070064	Cir		OPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	_  2		_  2	_ ,
5-		AKTHROW COWERC	IO DE IMPLANTESONTOPEDICOSETDA				
<sup>3-</sup>		111111		-		-l	_ ,
6-		I				_ <del> </del> _  	,
	 					_l	
24 - Especificação do Materia							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 27	7/04/2023 /AUTORIZADO CON	FORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular	: UNIMED NORTE PIC	NEIRO COOPERATIVA DE TRAI	BALHO MEDICO	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do P	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		