

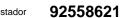
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92558621

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Gui	a Atribuído	pela Opera	dora								
343269							92558	621				
4 - Data da Autorização 18/09/2023 09:14 5 - Senha 92558621 6 - Data de Validade da Senha 18/11/2023												
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carte	eira	9 -	Atendimento d	le RN				
0513008592002882 N												
50 - Nome Social												
10 - Nome RENATO PEREIRA DOS SANTOS												
Dados do Contratado Solid	itante											
12 - Código na Operadora		11	Nome do C									
10.246.214/0001-04		UNI	IORT E O	RTOPEDIA	ESPECIA							
14 - Nome do Profissional Solicitante JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO						15 - Conselho Profissional 16 - Número do 23237			- Número do C 237	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Da	dos da Int	ternação									
19 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	NPJ	t		al / Local Solici DPEDIA ES		'ADA LT	DA			1	sugerida p 2023 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de In	ternação							Previsão de uso de OPME 27		- Previsão de uso de Quimioterápico	
2	С			1		1			S			N
INDICAÇÃO CLÍNICA 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 Assistenciais Solicitados												
	lo Procedimento		- Descrição							37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30729157 2- 22 30731100 3- 18 60000805 4-		FR TE	ATURA E NOLISE/I ARIA DE	ENDONESI QUARTO C	E - TRATA OLETIVO	MENTO (CIRURGICO	SANHEIR		1		1 1 1
Dados da autorização								7				
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut 1	11	41 - Tipo de 1	Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Lo UNIORT E ORTOPEI				11					44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 18/09/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CAMPO GRANDE MS C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO												
46 - Data da Solicitação	47 - A	ssinatura	do Profission	nal Solicitante	48 - Assii	natura do P	eneficiário ou	Responsáv	/el 49 - Ass	inatura do	Responsávi	el pela Autorização



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

Unimed #

					1		
1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 92558621		4 - Senha	92558621	5 - Data da Autorização 18/09/2023 09:14	6 - Número da Guia atribuío	do pela Operadora 92558621
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0513008592002882							
8 - Nome							
RENATO PEREIRA DO	S SANTOS						
Dados do Profissional Solid							
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone		1 - E-mail		
JOSE EVERALDO PER	PROLLO FILHO						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM I INDICAÇAO CLINICA EM I AUTORIZADO CONFORM	ANEXO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição	Salar Market		le. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 72247002		22 - Referência do mater			o de Funcionamento		
10247700089	313		ITOS VERSALOCK BLOQUEADO DE ANGU CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1		_ 1	,
2- 72246677	eie		ITOS VERSALOCK BLOQUEADO DE ANGU	_ _ 		_ 2	,
10247700089	313		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_ 4	
3- 72246685	eie		ITOS VERSALOCK BLOQUEADO DE ANGU	 9		_ 9	,
10247700089	313		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 9	
4-	11111	AKTIIKOM GOMEK	SIG DE IMI EXITEGORI OI EDIGOGEIDA			1 1 1 1 1	,
*	 	111111		- I—I		_	1
5-	 	IIIII		 		- 	_ _ ,
·				·		-I	III'II
6-		IIIIII				 _	_ _ _ ,
						-ı ı <u>-ı-ı-</u> ı	1-1-1-1-171-1-1
24 - Especificação do Materia	<u> </u>						
, ,							
25 - Observação / Justificativa	ì						
		09/2023 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Tito	ular: UNIMED CAMPO (GRANDE MS COOPERATIVA DE	TRABALHO MEDICO	
OC. Data da Cultura «	07 400100000	officional Callabara		00 4-2-2-2	la Danama (valuale A. (v.) v. "		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	oiissionai Solicitante		28 - Assinatura d	lo Responsável pela Autorização		