

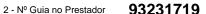
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93231719

(Via HOSPITAL)

343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93231719								
4 Data da Autadas 2 -	I Camba		93231719							
4 - Data da Autorização 5 - Senha 20/11/2023 17:13		93231719	 							
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN										
0050000006166302 20/08/2024 N										
50 - Nome Social										
10 - Nome CARLOS TOSHIO KONO										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA										
14 - Nome do Profissional Solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS					15 - Conselho Profissional 16 - Número de 22343			Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 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 21/11/2023 00:00										
22 - Caráter do Atendimento 2 23 - Tipo de Internação C		nação 24 - Regim	24 - Regime de Internação 1		Qtde. Diárias Solicitadas 26 - P		evisão de uso de OPME S		Previsão de uso de Quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica	J L			J I						
29 - CID 10 Principal (opcion	(al) 30 - CID 10	(2) (oncional) [3	R1 - CID 10/3) (onci	ional\ 32.CIF	10(4) (oncion	nal)	33 - Indicação de Ac	ridente (a	cidente ou d	oenca relacionada)
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 relac								ocriça relacionada)		
Procedimentos ou Itens As										
34 - Tabela 35 - Código o	do Procedimento		ICAO UNICA D	E TENDAO				37 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 30731227			TIA DE TENDA		REGIOES			1		1
3- 18 60000805						BANH	IEIRO PRIVATIVO	0 1		1
4-								_ _ _ _ _ _		
Dados da autorização 39 - Data provável da Admiss	são hospitalar) - Qtde Diárias Aut	torizadas 1/1	- Tipo de Acomoda	cão autorizad	a				
33 - Dala provaverua Aumis	340 Hospitalai 40	1	1	TIPO de Acomoda	yao autonzad	u				
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 20/11/2023 / Empresa / Titular: CARLOS TOSHIO KONO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização										



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 93231719 93231719 20/11/2023 17:13 93231719 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000006166302 8 - Nome **CARLOS TOSHIO KONO** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 1- 00 78891353 SUTURA CIRURGICA AGULHADA SUTURFIX - 0234241-090 - SUTURFIX. 80083650084 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |__|_|,|__| 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/11/2023 / Empresa / Titular: CARLOS TOSHIO KONO 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização 26 - Data da Solicitação