

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92676432

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia A	Atribuído pela Opera	adora								
343269					926764	32					
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid								
27/09/2023 15	:51	92676432		26/11/2023							
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
7 - Número da Carteira 0050000001636386		t i	5/2024	9-	N	RIN					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
ROSEANA ALMEIDA I	MARENGO										
Dados do Contratado Solid	citante	1									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do C		SPECIALIZAD <i>A</i>	LTDA						
14 - Nome do Profissional So	licitante	ONIONI E O	NIOI EDIA EC		elho Profissiona	l 16 - Número do C	onselho 1	7 - UF	18 - Código CBO		
CESAR EDUARDO CA		IRA MARTINS		06	11		11	11	225270		
Dados do Hospital / Local 3	Solicitado / Dado	s da Internação									
19 - Código na Operadora / C	NPJ 2	0 - Nome do Hospita	al / Local Solicitado)			21 - Data su	igerida pa	ara Internação		
10.246.214/0001-04	U	INIORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA LT	DA		06/10/202	23 00:0	0		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Interi	nação 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26	6 - Previsão de uso de OP	ME 27 - Prev	/isão de u	so de Quimioterápico		
1 28 - Indicação Clínica	С		1	1		S			N		
29 - CID 10 Principal (opcional M659	al) 30 - CID 10 M659	(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opci	ional) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	cidente (acide	ente ou de	oença relacionada)		
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solici	tados									
34 - Tabela 35 - Código of	lo Procedimento	TRANSPOS DIARIA DE	ICAO UNICA D APARTAMENT	E TENDAO O SIMPLES		TO CIRURGICO	37 - Q 1 1 1 	_ _ _	2. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1		
8-							- - - -	- - - -			
Dados da autorização 39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	0 - Qtde Diárias Aut	torizadas 141.	- Tipo de Acomodaç	ão autorizada						
55 - Data provaver da Auffilss	Jao nospitalal 4	o - Qide Dianas Aut 1	12		autonzaua						
42 - Código na Operadora / 0 10.246.214/0001-04	orizado SPECIALIZAD <i>A</i>	LTDA	1		11	44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/09/2023 / Empresa / Titular: LAERTE MARENGO FILHO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referenciada 4 - Se		4 - Senha	- Senha		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		92676432		92676432	27/09/2023 15:51		92676432
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000001636386							
8 - Nome							
ROSEANA ALMEIDA M	ARENGO						
Dados do Profissional Solicit	tante						
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
CESAR EDUARDO CAS	STRO FERREIRA MAR	RTINS					
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica	NEVO						
INDICAÇÃO CLINICA EM A INDICAÇÃO CLINICA EM A	NEXO NEXO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M	laterial 15 -	Descrição		16 - Opcão 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde, Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do mate	rial no fabricante	23 - Nº Autorização			
1- 00 78891353	SUT		IADA SUTURFIX - 0234241-090 - SUTURFIX,	<u> </u> 1	,	_ 1	_ _ , _
80083650084		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2-	-				_	_ _	,
	_ _ _		-		_ _ _ _	_	
³⁻	-				_	_	,
		I				!! 	,
		111111				-I	
5-		1111111					,
6- _					_ _ _ , _	_	_ _ , _
	_ _ _						
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	372-0900 / Emitido em 27/	/09/2023 / Empresa / Titular:	LAERTE MARENGO EILHO				
Tololollo Collitatado: (10)00	772 0000 7 Elimido Gili 217	00/2020 / Emproda / Titalai.	L'ALTERIA MALITOURI ILLIO				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
	II.			H			