

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92007401

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Niúm	nero da Guia A	\tribuído.	nela Opera	dora								
343269	3 - Null	neio da Guia F	AUIDUIUO	реіа Орега	uora			92007	401				
4 - Data da Autorizaç	ão <b>)23 14:38</b>	5 - Senha	92	2007401	6 - Data de V		Senha 09/2023						
Dados do Beneficiá			92	2007 401		23/	03/2023						
7 - Número da Cartei				8 - Val	idade da Carte	ira	9 -	Atendimento d	le RN	٦			
005000000841547 31/05/2024							N						
50 - Nome Social													
10 - Nome MARILENE CAPELARI BOVOLIN													
Dados do Contrata	do Solicitan	nte											
12 - Código na Opera			- 11	Nome do Co									
10.246.214/0001			UNI	ORT E O	RTOPEDIA	ESPECI/							
14 - Nome do Profissional Solicitante  ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ						15 - Conselho Profissional 16 - Número do Co			onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO <b>225270</b>		
Dados do Hospital	/ Local Solid	citado / Dado	s da Inte	ernação									
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 21 - Data sugerida para Internação 01/08/2023 00:00										-			
22 - Caráter do Atendi <b>1</b>	mento 23	- Tipo de Inter	nação	24 - Regim	e de Internação	25 - Qt	de. Diárias	Solicitadas	26 - Previsa	ão de uso de OP	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica				1									
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			0(2) (opci	opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Ind		· Indicação de A	ndicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  9			
Procedimentos ou	Itens Assist	enciais Solici	itados										
1- 22 307: 2- 22 307: 3- 98 080: 4- 18 6000: 5- 18 6000	33065 33049 11081 00384 00805 24151 	rocedimento	RE OS PC DIA DIA	TEOCON T ARTRO ARIA DE A ARIA DE ( UGUELTA	DROPLASTI SCOPIA DE ACOMPANH QUARTO CO	IA - ESTA JOELHO ANTE CO DLETIVO ARELHO /	BILIZAC UNIORT M REFEI DE 2 LEI EQUIPA	AO, RESSE E - ENF CAO COMP TOS COM E MENTO PA	CCAO E PLETA BANHEIF RA ART	IDEOARTRO	OSC 1 A # 1 1 1 7O 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1  1  1  1
39 - Data provável da		hospitalar 4	0 - Qtde	Diárias Auto	orizadas	41 - Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	7				
42 - Código na Oper	adora / CND	A autorizado	13 - I	2 Nome do Ho		1 utorizado							44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104							6528104						
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/07/2023 / Empresa / Titular: ANTONIO JOSE BOVOLIN  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização													
46 - Data da Solicitaç	cão	11 47 - Ass	inatura d	lo Profission	al Solicitante	II 48 - Assir	natura do B	eneficiário ou	Responsá	vel     49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha			6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269	92007401		92007401	27/07/2023 14:38	92007401			
Dados do Beneficiário		d L.						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
0050000000841547								
8 - Nome	,							
MARILENE CAPELARI	BOVOLIN							
Dados do Profissional Solici	tante							
9 - Nome do profissional solici	ante	10 - Telefone	11	- E-mail				
ALEXANDRE DE OLIVI	EIRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M					itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SE		_  1	_ _ _ ,	_  1			
80777280006		RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
2- 00 00116700 80743230025		RIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1			
3-	7	(0.0 DZ IIIII Z/II(1 Z00)(1 0.1 ZD1000Z1 D/(			_			
				_				
4-   _			.  _   _ _	_	 _			
			_ _ _ _	_	_ _			
5-   _	_ _ _		.  _   _ _	_	_			
				_ _ _ _				
6-   _			.	_	-			
				_ _ _ _	_ _			
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/07/2023 / Empresa / Titular: ANTONIO JOSE BOVOLIN								
10.0.0.10 Contratado. (40)0	or 2 3330 / Emiliado em 27/07/2020 / Empresa / Titula	. Aut Oldo Jool Bovolit						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				