

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91525670

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3	- Número	o da Guia Atri	buído pela Opera	adora							
343269						91525	670				
4 - Data da Autorização	- 11	5 - Senha	04505070	6 - Data de Valid							
13/06/2023 1	8:00		91525670		12/08/2023						
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira   8 - Validade da Carteira   9 - Atendimento de RN											
0050000060105219			11	1/2025		N	JO IVIV				
50 - Nome Social											
10 - Nome											
GABRIEL TEIXEIRA	DE SO	UZA									
Dados do Contratado So	licitante		AQ Nama da O	\ttd-							
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C	ONTOPEDIA E	SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profissional S	Solicitante	<u></u>	0			selho Profission	nal 16	- Número do Con	selho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OL			<u>.</u>		06	06   17905			- 11	41	225270
Dados do Hospital / Loca	l Solicita	ido / Dados	da Internação								
19 - Código na Operadora	CNPJ	- 11		al / Local Solicitade				11			ara Internação
10.246.214/0001-04		UN	IIORT E ORT	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L	ΓDA			16/06/20	23 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Ti	ipo de Interna	ção 24 - Regin	ne de Internação	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Previsã	io de uso de OPME	27 - Pre	evisão de ι	iso de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica		С		1	1			S			N
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)					sional) 32 - CII	) 10(4) (opciona	al) 33 -	Indicação de Aci	dente (acio		oença relacionada)
Procedimentos ou Itens A			dos								
34 - Tabela 35 - Código 1- <b>22 30733065</b>		edimento	36 - Descrição	U SUTURA DE	IIM MENISCO	BBOCEDIM	IENTO V	IDEOADTDOS		Qtde. Solid	c. 38 - Qtde. Aut. <b>2</b>
2- 22 30733049				IDROPLASTIA							2
3- <b>98 0801108</b> 1			PCT ARTRO	OSCOPIA DE J	OELHO UNIOR	TE - ENF			1		1
4- 18 60024151			ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQUIP	AMENTO PA	RA ARTI	ROSCOPIA PA	R 1		1
5-	-    -    -    - 										
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar   40 - Qtde Diárias Autorizadas   41 - Tipo de Acomodação autorizada											
39 - Data provavel da Admi	ssao nos	pitalar   40 -	Qtde Diarias Au	torizadas 41	- Tipo de Acomoda	içao autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  44 - Código C 6528104								44 - Código CNES <b>6528104</b>			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 13/06/2023 / Empresa / Titular: SONIA REGINA ANTUNES NAUFAL SOUZA  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 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	91525670		91525670	13/06/2023 18:00		91525670
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000060105219						
8 - Nome	<u> </u>					
GABRIEL TEIXEIRA DI	SOUZA					
Dados do Profissional Solic	tante					
9 - Nome do profissional solici	ante	10 - Telefone	11	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica	NEVO					
INDICAÇÃO CLÍNICA EM A INDICAÇÃO CLÍNICA EM A						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do I	Material 15 - Descrição		16 - Opcão 17 - Otde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Otde, Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		rial no fabricante	23 - Nº Autorização		and to glad. AdditionEdda .	20 Valor Ormano / latonizado
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET		2	,	_  2	,
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _			
2- 00 00116700		IPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	<u> </u>		_  2	_ _ , _
80743230025	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3-   _   _   _   _   _   _   _				_	_	,
	-	_ _ _ _				
<del>                                   </del>					_	_ ,
					 	,
					_,	1
6-   _			_	_	_	,
				_ _ _ _	_ _	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa	372-0900 / Emitido em 13/06/2023 / Empresa / Titular:	CONIA DECIMA ANTUNES MALIEAL COLIZA				
releione Contratado: (43)3	372-0900 / Emilido em 13/06/2023 / Empresa / Titular.	SONIA REGINA ANTONES NAUFAL SOUZA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		