

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92384637

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Nú	úmero da Guia At	ribuído pela Opera	dora							
<b>343269</b> 92384637						637				
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid							
30/08/2023 17:4	.7	92384637		29/10/2023						
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira		8 - Val	lidade da Carteira	1[9.	Atendimento d	le RN				
0050000002221856 29/06/2024					N	ic itiv				
50 - Nome Social										
10 - Nome										
ROBSON FERNANDES	NEGRAO FIL	НО								
Dados do Contratado Solicita	ante	1 40 11	f f.							
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do Co		SPECIALIZADA	ΔΙΤDΔ					
14 - Nome do Profissional Solic	itante	OILIOITI E O	KTOT EDIA EC		elho Profission	al 16 - N	úmero do Cons	selho 11	7 - UF	18 - Código CBO
JOSE EVERALDO PEDE		)		06		23237		4	1	225270
Dados do Hospital / Local So	olicitado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operadora / CN	PJ 20	- Nome do Hospita	al / Local Solicitado	)			2	1 - Data su	gerida pa	ara Internação
10.246.214/0001-04	UI	NIORT E ORTO	PEDIA ESPE	CIALIZADA LT	DA		3	1/08/202	3 00:0	D
1	23 - Tipo de Interna	ação 24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 2		e uso de OPME	27 - Prev	isão de ι	so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica	С		1	1			S			N
29 - CID 10 Principal (opcional)  Procedimentos ou Itens Assis  34 - Tabela 35 - Código do  1- 22 30728126	stenciais Solicita	ados 36 - Descrição	1 - CID 10(3) (opci	ional) 32 - CID	10(4) (opciona			<b>9</b> 37 - Qt	nte ou d	pença relacionada) c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 30728142		LESOES LIG	SAMENTARES	AGUDAS AO N	IVEL DO TO	RNOZELO	- TRATAME	1		1
3- 18 60000805 4-				ETIVO DE 2 LE				1   -   -   -   -   -		1
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão	hospitalar   40	- Qtde Diárias Auto	orizadas 14	Tipo de Acomada	an autorizada	7				
55 - Data provavei da Admissac	o nospitalar    40	- Qtde Diarias Aut	orizadas   41 -	· Tipo de Acomoda	yau auturizada					
42 - Código na Operadora / CN	NPJ autorizado	43 - Nome do Ho	ospital / Local Auto							44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104										
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/08/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE ROLANDIA ASSEMUR  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 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído p	oela Operadora
343269	92384637		92384637	30/08/2023 17:47		92384637
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000002221856						
8 - Nome						
<b>ROBSON FERNANDES</b>	S NEGRAO FILHO					
Dados do Profissional Solic	itante					
9 - Nome do profissional solici	itante	10 - Telefone	11	l - E-mail		
JOSE EVERALDO PED	PROLLO FILHO					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do I	Material 15 - Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- <b>72466103</b>		DESCARTAVEL - 2831-050/ 39.44.04.00050 -	_  1	_ _ _ ,	_  1	,,
10417940137		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.  _ _ _ _			
2- 00 76324397		RAFUSOS PARA FIXACAO RIGIDA - 4207/05	1		_  1	
10223710068	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3-	_ _ _			_	_	
4-				_!!!!!!!	 _	,
·				_	-         	
5-						,
					-, ,,_, . _ _	
6-   _				_	 _	
					_	
24 - Especificação do Materia	I					
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3	3372-0900 / Emitido em 30/08/2023 / Empresa / Titular:	ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS D	DE ROLANDIA ASSEMI	UR		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		