

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90523775

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	· Número da Guia	Atribuído p	ela Opera	dora				٦			
343269		·	·				90523775	5			
4 - Data da Autorização 17/03/2023 12	5 - Senha		523775	6 - Data de Vali		enha 5/2023					
Dados do Beneficiário	00	900	323773		10/0	3/2023					
7 - Número da Carteira			8 - Val	lidade da Carteira	a	9 - A	Atendimento de R	N			
0050000003892118			09/04	1/2024			N				
50 - Nome Social											
10 - Nome											
AMARILDO BICHERI											
Dados do Contratado Soli	citante	142 N	lome do Co	antrata da							
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		i i i		RTOPEDIA E	SPECIAI	LIZADA	LTDA				
14 - Nome do Profissional S	olicitante						Iho Profissional	16 - Número	do Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLI		ΟZ			11	06 17905				41 225270	
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dad	os da Inte	rnação								
19 - Código na Operadora /	CNPJ	20 - Nome	do Hospita	al / Local Solicitad	do				21 - Dat	ta sugerida p	para Internação
10.246.214/0001-04		UNIORT	E ORTO	OPEDIA ESPE	ECIALIZA	ADA LTD)A		22/03/	2023 00:0	00
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regim	e de Internação	25 - Qtd	e. Diárias S	Solicitadas 26 -		de OPME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
1	С			1		1		S			N
29 - CID 10 Principal (opcior Procedimentos ou Itens A		0(2) (opcio	nal) 3	1 - CID 10(3) (opi	icional)	32 - CID 1	0(4) (opcional)	33 - Indicação	o de Acidente (a	acidente ou d	doença relacionada)
-	do Procedimento		Descrição							7 - Qtde. Sol	
1- 22 30733065 2- 22 30733049				J SUTURA DE DROPLASTIA	_			_			1 1
3- 98 08011081				SCOPIA DE J			•	AO E/OU PLA	1		1
4- 18 60000384		_	_	ACOMPANHA		_		TA	1		1
5- 18 60024151		ALU	JGUELT!	AXA DE APAR	RELHO / E	EQUIPAN	MENTO PARA	ARTROSCO	PIA PAR 1		1
6- 7-	_ _ _ _	l							<u> </u> _	_	_ _
		 _							- 	 	 _
9-		l							-		
10-	_ _ _ _	<u> </u>							l_	_ _ _	
11-	_ _ _ _	l							<u> </u> _	_	
12- .									l	_	
Dados da autorização	não hesnite! 1	40 04-1- 5	Nárico Aut	orizodea	Tinn -1- ^	loomas!=="	io autorizada				
39 - Data provável da Admis	sao nospitalar	40 - Qtde D	narias Auto 1	orizadas 41	i - Tipo de A	Acomodaça	io autorizada				
42 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizado	11		ospital / Local Aut		LIZADA	LTDA				44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/03/2023 / Empresa / Titular: ANA LUCIA ANTUNES DE OLIVEIRA BICHERI											
46 - Data da Solicitação	47 - As	sinatura do	Profission	nal Solicitante	48 - Assina	atura do Be	eneficiário ou Res	ponsável 49	- Assinatura do	Responsáv	rel 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 pe	•
343269	90523775		90523775	17/03/2023 12:00		90523775
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000003892118						
8 - Nome						
AMARILDO BICHERI						
Dados do Profissional Solic	itante					
9 - Nome do profissional solici	tante	10 - Telefone	11	l - 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	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- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET		<u> 1</u>	_ _ _ ,	_ 1 _	_ _ _ ,
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 00 00116700		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			_ 1 _	_ _ _ ,
80743230025	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3-			- -	_	_	_ _ _ ,
4-			-	_!!!!!!	- 	_ _ _ ,
*			- I—I I—I—I- I I I I I I	_	_	_
5-					_ -	_ _ _ ,
	_ 		-		-i	
6-			_		 _	_ _ _ ,
				_	_	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 17/03/2023 / Empresa / Titular: /	ANA LUCIA ANTUNES DE OLIVEIRA BICHERI				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		