

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90819132

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela Ope	eradora			\neg						
343269					9081913	32						
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid									
12/04/2023 12	:11	9081913	2	11/06/2023								
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 0050000004631709		t t	Validade da Carteira V 11/2023	9 -	Atendimento de I	RN						
50 - Nome Social			11/2023					1				
50 - Nome Social												
10 - Nome												
KELLY MIYAZAKI ORTIGOZA												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		13 - Nome do		CDECIAL IZAD/	LIDA							
10.246.214/0001-04 14 - Nome do Profissional So	lioitonto	UNIORIE	ORTOPEDIA E			16. Número do Co	naciba 177	- UF 18 - Código CBO				
CARLOS EDUARDO				† į	15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselh 21679		41	11 -				
Dados do Hospital / Local		os da Internação										
19 - Código na Operadora / C			oital / Local Solicitad	0			21 - Data sug	erida para Internação				
10.246.214/0001-04	11		TOPEDIA ESPE		DA		13/04/2023	00:00				
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	rnação 24 - Reç	gime de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26	- Previsão de uso de OPN	ME 27 - Previs	ão de uso de Quimioterápico				
2	С		1	1		S		N				
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID 1	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opo	ional) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	cidente (aciden 9	te ou doença relacionada)				
Procedimentos ou Itens As		citados										
34 - Tabela 35 - Código o	do Procedimento	DIARIA DI	INTESE DE FRA	ETIVO DE 2 LEI	TOS COM BA	CARPEANA COM UNHEIRO PRIVATIV	JS 1	e. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1				
Dados da autorização								.—. 1—1—1				
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	40 - Qtde Diárias <i>I</i>	Autorizadas 41	- Tipo de Acomoda	ção autorizada							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local A UNIORT E ORTOPEDIA					A LTDA			44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/04/2023 / Empresa / Titular: KELLY MIYAZAKI ORTIGOZA 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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	90819132		90819132	12/04/2023 12:11		90819132
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000004631709						
8 - Nome	·					
KELLY MIYAZAKI ORT	IGOZA					
Dados do Profissional Solic	tante					
9 - Nome do profissional solici	ante	10 - Telefone	11	1 - E-mail		
CARLOS EDUARDO M	OTOOKA					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica	NEVO					
INDICAÇÃO CLÍNICA EM A INDICAÇÃO CLÍNICA EM A						
,						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do N	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		erial no fabricante	23 - Nº Autorização		nado 15 Qide. Adionzada 20) - Valor Officiallo Actorizació
1- 00 72243511	SISTEMA DE PLACAS E PAI	RAFUSOS BLOQUEADOS VERSALOCK DE	<u> </u> 1	_ _ _ , _	_ 1	_,
10247700102	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 00 72245123		NTOS VERSALOCK BLOQUEADO DE ANGU	4	,	_ 4	_ _ ,
10247700093		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _			
3- 00 72375906		PARAFUSOS VERSA TORXDRIVE - 223-24-14			_ 2	,
10247700109	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.			
4-				_	_	_ ,
-				_ _ _ _	II 	,
	_ _ _ _ _			!	-I	III'/II
6-					,, _	,
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 12/04/2023 / Empresa / Titular:	KELLY MIYAZAKI ORTIGOZA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		