

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91134169

(Via HOSPITAL)

4- Date 25 A Barrelline 1006/2023 10:01 5- Service 100	1 - Registro ANS	3 - Núm	ero da Guia Atı	ribuído pela Opera	adora								
1941-94-169 941-94-169 90007/2023 90005-95-95-95-95-95-95-95-95-95-95-95-95-95	1					4169							
Secretarion	4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Vali	dade da Senha							
7. Noting a Content of Central Septimination (1997) 28/00/2023 19. Autore from Cardination (1997) 28/00/2023 19. Autore from Cardination (1997) 28/00/2023 19. Autore from Cardination (1997) 28/00/2023 29. Autore from Cardination (1997) 29. Autore fro	10/05/2023 10:01 911:			91134169		09/07/2023							
10 - Name 10 -													
59 - Name GABRIEL HENRIQUE DE OLIVE Dados do Comissione 12 - Codop in Chambros 13 - Name do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Name do Frinciscond Societarios 19 - Codop in Chambros 19 - Codo in Chambros 10 - Codo in													
10-Nume 10-N				20/0	2/2023		IN						
Dates de Contretandos Sotionarios 10.246.2 (140001-04 13 - Norre do Contretando 10.246.2 (140001-04 10.	50 - Nome Social												
Dadios do Contratació Solicitante 12 - Codigo na Ocerativa O 10 - Ocerativa de	10 - Nome												
13 - Cell principating in Companience 13 - Norme do Contratable UNIONT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 16 - Norme do Professional Socialisms 16 - Consistino Professional Socialisms 16 - Norme do Professional Socialisms 17 - UF 25270 2527	GABRIEL HENRIQ	UE DE	OLIVE										
14. Nort a professional Solicitante 14. Nort a professional Solicitante 15. Nort and professional Solicitante 15. Coscalation Professional Solicitante 15. Coscalation Professional Solicitante 15. Coscalational Professional Solicitante 15. Coscalational Professional Solicitante 15. Coscalational Professional Solicitante 15. Coscalational Professional Professional Professional Solicitante 15. Coscalational Professional Profes	Dados do Contratado Solicitante												
15 - Conseino Professional Solicitante 15 - Conseino Professional 16 - Numero do Conseino 17 - UF 18 - Código CBO ROBERTO GRANGE GASPARELLI / Local Solicitado / Dedicis de Interneção 22570 225	,			11									
Proceedings				UNIORTE	ORTOPEDIA E								
Datios do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Cédigo na Operadora / CNP J 20 - Nome do Hospital / Local Silicitado 21 - Caráber do Alendimento 22 - Caráber do Alendimento 32 - Teo de Internação 32 - Regime do Internação 33 - Caráber do Alendimento 33 - Teo de Internação 34 - Regime do Internação 35 - Caráber do Alendimento 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Actidente (accidente ou doença relacionado) 9 Procedimentos ou Items Assistenciais Solicitados 34 - Tabalo 35 - Código do Procedimento 35 - Discrição 36 - Discrição 36 - Discrição 37 - Crido Signic 36 - Quanto Privativo 38 - Discrição 38 - Discrição 39 - Discrição 30 - Discrição 31 - CID 10 (2) (opcional) 32 - CID 10 (4) (opcional) 33 - Indicação de academic (academic ou doença relacionado) 35 - Discrição 36 - Discrição 37 - Cridão 38 - Discrição 38 - Discrição 39 - Discrição 30 - Discrição	t					11	selho Profissi	onal	•	ero do Cons	selho	t t	1
30 - Coligo para Cyperadors (CNP) 21 - Center and para internação 22 - Centre do Artemação 23 - Tipo de Internação 23 - Tipo de Internação 23 - Regime de Internação 23 - Ceta Artemação 25 - Ceta Artemação 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OPME 28 - CETA ARTEMAÇÃO 28 - Indicação 28 - CETA ARTEMAÇÃO 28				da Internação					32420			71	223210
10.246,214/0001-04 122 - Cardiard on Americanchi month of the Community o	•			,	tal / Local Solicitad	do				1/2	1 - Data	sugerida p	ara Internação
1			- 11				ΓDA					3	
28 - CID 10 Primipal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou Hens Assistenciais Solicitados 36 - Descrição 37 - Octo, Solic. 38 - Octo, Aut. 1 1 1 1 1 1 1 1 1	22 - Caráter do Atendimen	to 23	- Tipo de Interna	ação 24 - Regin	ne de Internação	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pr	evisão de u	so de OPME	27 - P	revisão de i	uso de Quimioterápico
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indiceção de Acidente (acidente ou deença relacionada) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 1	1		С		1	1							
29 - CID 10 Principal (opdional) 30 - CID 10(2) (opdional) 31 - CID 10(3) (opdional) 32 - CID 10(4) (opdional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		10											
Secretaria Solicitados S	SOLICITO ACRESCIN	Ю											
Secretaria Solicitados S													
Secretaria Solicitados S													
Secretaria Solicitados S													
Secretaria Solicitados S													
Secretaria Solicitados S													
Secretaria Solicitados S													
Secretaria Solicitados S													•
Secretaria Solicitados S			1					. 1					
36 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1-18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 1 1 1 1 1 1 1	29 - CID 10 Principal (op	cionai)	30 - CID 10(2	z) (opcional)	31 - CID 10(3) (opo	cional) 32 - Cit	10(4) (opcio	naı)	33 - Indica	çao de Acid			loença relacionada)
1-18 6000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Procedimentos ou Iten	s Assiste	enciais Solicita	ados									
2	34 - Tabela 35 - Cód	igo do Pro	ocedimento	,							37 -	Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
3	1	05		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2 LE	ITOS COM	BANH	IEIRO PR	IVATIVO	1		1
4		_	-								_ _	_ 	
5		 	-!!! 								 	!! 	
7-											_	.— _	
8-	6-	ii									_ i_	 	iii
9-	7- _	_ _ _									_	<u> </u>	
10-	8- _	_ _ _									_	III	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 10.246.214/0001-04 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/05/2023 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL		_ _ _	-								_	<u> _ </u>	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/05/2023 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL			-								_	_ 	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/05/2023 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL		 	- 								 	_ 	
39 - Data provável da Admissão hospitalar do - Qtde Diárias Autorizadas da La Código na Operadora / CNPJ autorizado do Local A		!!	-111								_ '		1-1-1-1
1 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/05/2023 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL		lmissão h	ospitalar 40	- Qtde Diárias Au	torizadas 41	- Tipo de Acomoda	ção autorizad	la					
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/05/2023 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL					11	,	,						
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/05/2023 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL	42 - Código na Operador	a / CNP.	J autorizado										44 - Código CNES
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/05/2023 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL	10.246.214/0001-04			UNIORT E	ORTOPEDIA E	SPECIALIZAD	A LTDA						6528104
			2-0900 / Emitic	do em 10/05/202	23 / Empresa / Tid	tular: CENTRAL N	IACIONALI	INIMED	COOPER	RATIVA CE	NTRAI		
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	. Ciciono Contratado.	, 10,0012	2 3000 / Emilio	us om 10/00/202	.o / Empresa / Til	.u.ar. OLIVINAL I	IOIOIVAL C		JJOI LI	V/(OL	. TITAL		
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização													
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização													
	46 - Data da Solicitação		47 - Assin	atura do Profissio	onal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário o	u Respo	onsável	49 - Assina	tura do F	Responsáv	el pela Autorização





GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 - Nº Guia no Prestador DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação				4 - Data da Autoria	zação					
343269				90920768	920768 10/05/2023 10:01						
5 - Senha 6 - Número da Guia Atribuido pela Operadora											
			91134169						91134169		
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			31 - Nome Social								
8650003620039001											
8 - Nome											
GABRIEL HENRIQ	UE DE OLIVE										
Dados do Contratado Solicitante											
9 - Código na Operadora 10 - Nome do Contratado											
10.246.214/0001-04	10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA										
11 - Nome do Profission	al Solicitante			12 - Cons	elho Profissional	13 - Número d	o Conselho	14 - UF	15 - Código CBO		
ROBERTO GRANC	SE GASPARE	LLI		06		32428		41	225270		
Dados da Internação											
16 - Qtde. diárias Adicio	nais Solicitadas	17 -Tipo	da Acomodação Solicitada								
1			1								
18 - Indicação Clínica											
SOLICITO ACRESCIN	10										
Procedimentos ou Iten			olicitados								
	igo do Procedime		- Descrição	FIV O DE O LEI	TOC COM DANI	IEIDO DDIVA		- Qtde. Soli			
1- 18 600008	105	וט וו	ARIA DE QUARTO COLE	IIVO DE 2 LEI	TOS COM BANK	IEIRO PRIVA	TIVO 1		1		
2- _ _ _ _ _ _ _ _ _							_	-			
3-	!!!	. 						-ll -l l l			
5-		. 					 	-ll -l l l			
6-	 	 					 	-II 			
7-		 					 				
8-		 I I									
Dados da autorização		•							, , , , , , ,		
24 - Qtde. Diárias Adicio	nais Autorizadas	25 - Tipo	da Acomodação Autorizada								
1		1									
26 - Justificativa da operadora											
27 - Observação / Justifi											
Telefone Contratado:	(43)3372-0900 /	/ Emitido em	10/05/2023 / Empresa / Titula	ar: CENTRAL N	ACIONAL UNIMED	COOPERATI	VA CENTRAL	-			
28 - Data da Solicitação	29	- Assinatura	do Profissional Solicitante 30	- Assinatura do R	tesponsável pela Au	torização					