

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90592449

(Via HOSPITAL)

343269   90592449   90592449   6 - Data de Validade da Senha 23/03/2023 11:56   90592449   28/05/2023     Dados do Beneficiário   8 - Validade da Carteira 3324410000009019   9 - Atendimento de RN N   N       50 - Nome Social   10 - Nome								
23/03/2023 11:56   90592449   28/05/2023     Dados do Beneficiário   8 - Validade da Carteira   9 - Atendimento de RN   N       50 - Nome Social     10 - Nome								
7 - Número da Carteira   3324410000009019   8 - Validade da Carteira   9 - Atendimento de RN   N								
3324410000009019 01/10/2023 N  50 - Nome Social  10 - Nome								
50 - Nome Social  10 - Nome								
10 - Nome								
10 - Nome SONIA MARIA DOS SANTOS CORTEZ								
Dados do Contratado Solicitante								
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado								
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								
14 - Nome do Profissional Solicitante15 - Conselho Profissional16 - Número do Conselho17 - UF18 - Código CBOCESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS062234341225270								
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação								
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 25/03/2023 00:00								
22 - Caráter do Atendimento23 - Tipo de Internação24 - Regime de Internação25 - Qtde. Diárias Solicitadas26 - Previsão de uso de OPME27 - Previsão de uso de Quimic111								
28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO REVALIDAR A GUIA 90101009								
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relaci								
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados								
34 - Tabela   35 - Código do Procedimento   16 - Descrição   37 - Qtde. Solic.   38 - Qtde. Aut.   1- 22   30731224   TRANSPOSICAO UNICA DE TENDAO   1   1   1   1   1   1   1   1   1								
Dados da autorização								
39 - Data provável da Admissão hospitalar de 1 do - Qtde Diárias Autorizadas 1 do - Qtde Diári								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  44 - Código 6528104								
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/03/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CACADOR TRABALHO MEDICO DA REGIAO CONTESTADO  46 - Data da Solicitação   47 - Assinatura do Profissional Solicitante   48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   49 - Assinatura do Responsável pela Autorização								



Unimed A

## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

· II	3 - Número da Guia Referer		<del> </del>		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia a	Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		90592449		90592449	23/03/2023 11:56		90592449	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
3324410000009019								
8 - Nome		<del>1</del>						
SONIA MARIA DOS SA	NTOS CORTEZ							
Dados do Profissional Solicitante								
•			10 - Telefone	1	1 - E-mail			
CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS								
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A AUTORIZADO CONFORME	NEXO REVALIDAR A GU							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição	del co fel decen		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autori	zada 20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate 1- <b>00 75607522</b>		22 - Referência do mate	rial no fabricante SAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES F	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_  2	_ ,	
81118460005	I AI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_1	IIII1	
2- 00 00193178	FIO	KIRSCHNER 0,8X300MM		_  1		_  1	_ _ ,	
10223680050				   _ _ _		_,		
3- <b>00 70064547</b>	BR	OCAS CIRURGICAS STR	YKER - 1608002101-BROCA LATERAL SHAN	1	_ _ _ ,	_  1	,	
80005430110		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
4-   _					_	_ _	,	
				.  _ _ _ _	_!_!_!_!_!_!	_		
5-            _	_ _ _					_	,	
	 					 _	_ ,	
° 1—1—1   1—1—1—1—1 						-ı ııı _l_	I   :	
24 - Especificação do Material								
- Copositional Communication								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/03/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CACADOR TRABALHO MEDICO DA REGIAO CONTESTADO								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização			
-	II.			11	· ·			