

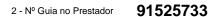
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91525733

(Via HOSPITAL)

1 " 11	3 - Número da G	Guia Atribuído	pela Oper	adora								
343269							91525	733				
4 - Data da Autorização 13/06/2023	18:06 5 - Sei		1525733	6 - Data de Vali		enha 08/2023						
Dados do Beneficiário						- 1			-			
7 - Número da Carteira 0050000002442771			11	alidade da Carteira 0/2023	1	9 - A	tendimento d	le RN				
50 - Nome Social			21/1	0/2023			N N					
10 - Nome RONALDO CESAR I	BATISTELL	١										
Dados do Contratado So	olicitante											
12 - Código na Operadora		- 11	Nome do C									
10.246.214/0001-04		UN	IORT E	ORTOPEDIA E								
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ				- 11	15 - Conselho Profissional			- Número do C 905	Conselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Loc	al Solicitado / [Dados da In	ternação									
19 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	/ CNPJ	11		tal / Local Solicitad		ADA LTD)A			11	sugerida p 2023 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimento	ti '	-	24 - Regir	ne de Internação	25 - Qt	de. Diárias S	solicitadas 2	26 - Previsã		PME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica		•	<u> </u>	1		1			<u> </u>			N
29 - CID 10 Principal (opci	onal) 30 - C	ID 10(2) (opo	cional)	31 - CID 10(3) (opc	cional)	32 - CID 1	0(4) (opciona	1) 33 -	Indicação de a	Acidente (a	cidente ou c	doença relacionada)
25 - GID 101 IIIICIPAI (GPCIOTIAI)						0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5			9			
Procedimentos ou Itens												
1- 22 3073306 2- 22 3073310 3- 22 3073304 4- 98 0801108 5- 18 6002415 6-	3 9 0	RE IN OS PC	STABILIE STEOCON CT ARTRO	U SUTURA DE DADE FEMORC NDROPLASTIA DSCOPIA DE J AXA DE APAR	O-PATEL - ESTAI OELHO	AR, RELI BILIZACA UNIORT :	EASE LATI 10, RESSE · APT	ERAL DA	N PATELA, I	OSC 1 RET 1 IA # 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
10-	- -	 								- -	- -	 _
12-	-11	I—I —								I_	-1	I—I—I—I
Dados da autorização 39 - Data provável da Adm	nissão hospitalar	40 - Qtde	e Diárias Au 1	torizadas 41		Acomodaçã	o autorizada					
42 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	/ CNPJ autoriza	- 11		Hospital / Local Aut		LIZADA	LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justifica Telefone Contratado: (4	43)3372-0900 <i>/</i>	Emitido em	ı 13/06/202	23 / Empresa / Tit	tular: JOS	SE BATIST		Rasnonoá	/AO AO	sinaturo do	Responsi	el pela Autorização



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	do pela Operadora	
343269		91525733		91525733	13/06/2023 18:06		91525733
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000002442771							
8 - Nome							
RONALDO CESAR BA	TISTELLA						
Dados do Profissional Solid	itante						
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica	NEVO.						
INDICAÇÃO CLÍNICA EM A INDICAÇÃO CLÍNICA EM A							
INDIONONO CENTON EM 7	WILKO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do l 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fahricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORME				I I 1		1	,
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		-ı ·	1-1-1-1-111-1-1
2- 00 00116700	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	·		_ 1	_ _ , _
80743230025	9 7		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		-ı ·	1-1-1-171-1-1
3-						_	_ ,
	 					_i	111/11
4-				1 1 1 1		 _	_ ,
5-					_	_	,
					_ _ _		
6- _	_ _ _			_ _	_ _ _ , _	_	_ _ _ ,
				_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
24 - Especificação do Materia	1						
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3	3372-0900 / Emitido em 13/	06/2023 / Empresa / Titular: .	JOSE BATISTELLA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	oficeional Solicitanto		29 Assingture de	Responsável pela Autorização		
zo - data da Solicitação	27 - Assinatura do Pri	Oliopional Solicitante		Zo - Assinatura do	nesponsavel pela Autorização		