

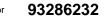
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93286232

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	Número da Guia Atribuído pela Operadora 93286232											
4 - Data da Autorização	- 11	- Senha	0000000	6 - Data de Validade da Sen								
24/11/2023 1 Dados do Beneficiário	1:50		93286232		23/01/2024							
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN					
0050000013843756				18/01/2026 N								
50 - Nome Social												
10 - Nome												
LUIZ HENRIQUE BATIROLA Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora			13 - Nome do Contratado									
10.246.214/0001-04 14 - Nome do Profissional S	aliaitanta		UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO									
ALEXANDRE DE OLI		QUEIROZ	:		06	11 11		li		41 225270		
Dados do Hospital / Loca	Solicitad	lo / Dados o	da Internação									
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 30/11/2023 00:00										,		
22 - Caráter do Atendimento 1			ção 24 - Regim	o 24 - Regime de Internação 2		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - P		revisão de uso de OPME 27 -		- Previsão de uso de Quimioterápico N		
28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLÍNICA EN	1 ANEXO	,	,			'						
29 - CID 10 Principal (opcio		0 - CID 10(2) ais Solicita		31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CII	0 10(4) (opcion	aal) 33 - Ind	icação de Acid	ente (acidente ou d 9	doença relacionada)		
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30733030 2- 22 307331216 3- 22 30731216 4- 18 60000805 5- 18 60024151 6-		- - - -	RECONSTR TRANSPOS DIARIA DE	ASTIA (COM R UCAO, RETEN ICAO DE MAIS QUARTO COL AXA DE APAR	CIONAMENTO DE 1 TENDAC ETIVO DE 2 LE	OU REFOR - TRATAM ITOS COM	RCO DO LIGA ENTO CIRUA BANHEIRO	AMENTO CR RGICO PRIVATIVO	1 1 1	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1		
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admi	ssão hospi	italar 40 -	Qtde Diárias Aut	torizadas 41 ·	- Tipo de Acomoda	ção autorizada	a					
42 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	CNPJ au	torizado	1	ospital / Local Auto		A LTDA				44 - Código CNES 6528104		
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/11/2023 / Empresa / Titular: SARA CRISTINA GIUFRIDA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



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

Unimed A

· II	3 - Número da Guia Referenc		4 - Senha		5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela C		
343269		93286232		93286232	24/11/2023 11:50		93286232
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira	-	29 - Nome Social					
0050000013843756							
8 - Nome							
LUIZ HENRIQUE BATIF	ROLA						
Dados do Profissional Solici	itante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVI	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia			·				
12 - Justificativa técnica							
INDICAÇÃO CLÍNICA EM A INDICAÇÃO CLÍNICA EM A							
INDICAÇÃO CLINICA EM A	MNEXO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	zitado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00499293	CAN		O OB F 2,9X5,5MM 892350000	1	,	_ 1	,
80356130052		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _			
2- 00 00597007	PAR		REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	_ 1	,	_ 1	_,
80044680085			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3- 00 70627657	PLA		LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA	1	,	_ 1	,
10208610040		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- _	_ _				_	_	_,
	_ _ _				_ _ _ _ _ _	_ _	
5- _	_ _ _			_ _ _	_	_	,
				_ _ _	_ _ _ _ _ _	_ _	
6-					_	_	,
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 24/1	1/2023 / Empresa / Titular: \$	SARA CRISTINA GIUFRIDA				
00 Dete de 0 15 5 5 7 5	07 A-21-21-21-2-2	final and Callaite of		100 *	Dannan Audin ale Autorio		
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante					Responsável pela Autorização		