

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93914623

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atr	buído pela Opera	dora		93914	1622				
343269		5 - Senha 6 - Data de Validade da					+023				
4 - Data da Autorização 30/01/2024 15:56		5 - Senha 93914623		o - Data de Valid	07/04/2024						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Val	lidade da Carteira	9 -	Atendimento	de RN				
8650003371650004						N					
50 - Nome Social											
10 - Nome ERNANI JUNIOR KOLB PINA											
Dados do Contratado Solicitante											
,	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA										
14 - Nome do Profission			DA MADTING		15 - Cons <b>06</b>	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 22343			Conselho   17 - UF   18 - Código CBO   41   225270		
								22343		][41	223210
Dados do Hospital / Lo			•	al / Local Solicitado	<u> </u>				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		11			CIALIZADA LT	DA			1	2024 00:0	-
22 - Caráter do Atendimer  1	nto 23 -	Tipo de Interna	ão 24 - Regime de Internação <b>1</b>		25 - Qtde. Diárias	l t		revisão de uso de OPME S		Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA											
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 relacionada)											
25 CID TO T IIIIOIPAI (OF	olorial)	00 010 10(2	y (opolonial)	012 10(0) (000	John John John John John John John John	10(1) (0001011		oo malaayaa aa 7.	Sidomo (d	9	ooniga roladioniada)
Procedimentos ou Iten											
1- 22 307292 2- 18 600008 3-	20	I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	DIARIA DE	QUARTO COL	LISAO TARSAL ETIVO DE 2 LEI	TOS COM	BANH	EIRO PRIVATIV	1		c. 38 - Qtde. Aut.  1  1
Dados da autorização							_				
39 - Data provável da Ad	lmissão h	ospitalar   40	Qtde Diárias Aut	orizadas 41 ·	- Tipo de Acomoda	ção autorizada	a				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissior	nai Solicitante	48 - Assinatura do E	seneticiário ou	ı Respo	nsavel   49 - Assi	natura do	Kesponsáv	el pela Autorização



## 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

· ·	3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		93914623		93914623	30/01/2024 15:56		93914623
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira	29 - 1	Nome Social					
8650003371650004							
8 - Nome							
<b>ERNANI JUNIOR KOLE</b>	B PINA						
Dados do Profissional Solic	itante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
CESAR EDUARDO CA	STRO FERREIRA MARTINS	3					
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A AUTORIZADO CONFORMI	NEXO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do l	Material 15 - Descri	ição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 3	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 75607522			GAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES F	3	_ _ _ ,	_  3	,
81118460005 2- <b>00 70064547</b>			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _	1 4	
80005430110			KER - 1608002101-BROCA LATERAL SHAN CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	_    	_  1	_ _ , _
3-		ARTIMOM COMERC	NO DE IMI ENTILOGICIO EDIGGEIDA				,
	_ _ _  _ _ _ _						1-1-1-1-1/1-1-1
4-					_	_	,
				_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
5-	_ _ _				_   _ _ , _	_	,
6-   _	_ _ _				_	_	,
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa		04/44/700/7400 000	UFORME HAMMED DE ORIGINA (F	OSNEDAL MAGON	AL UNIVERS COORERATIVA OFFI	UTDA!	
	372-0900 / Emitido em 30/01/202		NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular			II KAL	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profission	nai Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização		