

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91786526

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	- Número	Número da Guia Atribuído pela Operadora 91786526									
4 - Data da Autorização 06/07/2023 1	- 11	5 - Senha 91786526		6 - Data de Validade da Senha 04/09/2023		123	 '				
Dados do Beneficiário	7.10		31700020		0-770072	,20					
7 - Número da Carteira			† †	lidade da Carteira		9 - Atendiment					
0050000031135512			27/09	27/09/2024 N							
50 - Nome Social											
10 - Nome											
JULIO CESAR ROSSI MARTON 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 S		OKA			† †	11		16 - Número do Conselho 21679		17 - UF 18 - Código CBO 41 225270	
Dados do Hospital / Loca			da Internação							<u> </u>	
19 - Código na Operadora /		20 -	Nome do Hospita	al / Local Solicitad					21 - Data sug	gerida pai	ra Internação
10.246.214/0001-04				OPEDIA ESPE	CIALIZADA	LTDA			07/07/202	3 00:00	
22 - Caráter do Atendimento 2			ção 24 - Regim	24 - Regime de Internação 25		- Qtde. Diárias Solicitadas 26 - P		Previsão de uso de OPME 27		27 - Previsão de uso de Quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica					<u> </u>		1				
29 - CID 10 Principal (opcio	nal) 30	0 - CID 10(2)) (opcional) 3	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 -	CID 10(4) (opcio	onal) 33	- Indicação de Ac	•	nte ou do	ença relacionada)
									9		
Procedimentos ou Itens A 34 - Tabela 35 - Código			dos 36 - Descrição						37 - Ot	de. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22 30720095 2- 18 60000805 3-	;		FRATURA E	E/OU LUXACOI QUARTO COL	ETIVO DE 2	LEITOS COM	I BANHEIF	RO PRIVATIVO	OT 1		1 1 _ _
Dados da autorização 39 - Data provável da Admi	naão hoan	italar 40	· Qtde Diárias Aut	torizadas 41	Tipo do Acon	odaoão outoriza	do				
Jos - Dala provaver da Admi	-saυ 1105β	maiai 40 -	Qide Diarias Aut 1	1	- TIPO UE ACON	odação autoriza	ua				
42 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	/ CNPJ au	itorizado	1	ospital / Local Aut		ADA LTDA				11	4 - Código CNES 5 528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/07/2023 / Empresa / Titular: ANGELA NALDI RODOLFO MARTON											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatura	do Beneficiário	ou Responsá	ável 49 - Assir	atura do Res	ponsável	pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	- Número da Guia Referenciada 91786526	4 - Senha	5 - Data da Autorização 06/07/2023 17:13	6 - Número da Guia atribuído	nero da Guia atribuído pela Operadora 91786526	
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000031135512						
8 - Nome	I					
JULIO CESAR ROSSI M	ARTON					
Dados do Profissional Solicita						
9 - Nome do profissional solicita		10 - Telefone	11	- E-mail		
CARLOS EDUARDO MO	TOOKA					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM AN INDICAÇAO CLINICA EM AN	IEXO IEXO					
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do Ma 21 - Registro ANVISA do Materi			16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	 Solicitada 18 - Valor Unitário Solicida de Eurocionamento 	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	.0 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 00658820		ALOCK MIS VOLAR 45X16,6MM 180-56			1	,
10247700102	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.—. 	_	 ·	
2- 00 72245123	SISTEMA DE MINI FRAGME	NTOS VERSALOCK BLOQUEADO DE ANGU	8	_ _ _ ,	_ 8	_ _ ,
10247700093	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3- 00 72375906		PARAFUSOS VERSA TORXDRIVE - 223-24-14	2	,	_ 2	,
10247700109	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- _			_ _ _	_	_	_ _ , _
	 		. -	_ _ _ _	_ _	
5-	_ _		_	_	_	_ ,
6-1 1 1 1 1 1 1				_	II -	_ _ , _
<u> </u>	!_!_!_!_!_		 _ _ _ _		-ı ı—ı—ı—ı _ll	IIII/III
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa	72-0900 / Emitido em 06/07/2023 / Empresa / Titular:	ANGELA NALDI RODOLEO MARTON				
reieione Contratado. (43)33	r 2-0300 / Emitido em 00/07/2023 / Emplesa / Hitilal.	ANGLEA NALDI NODOLI O MIANTON				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		