

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92292351

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 92292351 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 22/08/2023 17:22 92292351 21/10/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000052241214 15/01/2024 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome ANDREIA JESLAINE MARCHEZINI Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 225270 **CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS** 06 22343 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados 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 26/08/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico C 1 s Ν 1 28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO 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) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30731216 TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 1 2- 22 30729181 HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO 1 3- **22** 30729203 OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT 2 4- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 6- |\_\_|\_| 11-12-\_\_\_ I I I I II I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 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 22/08/2023 / Empresa / Titular: NUVIT COMERCIO E REPRESENTACAO AGRICOLA LTDA 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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada  9229235		4 - Senha 92292351		5 - Data da Autorização 22/08/2023 17:22	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92292351	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social							
0050000052241214							
8 - Nome							
ANDREIA JESLAINE MARCHEZINI							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail							
CESAR EDUARDO CAS	STRO FERREIRA MAF	RTINS					
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- <b>75607298 81118460005</b>	PA		SAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES F CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	2 	_   , 	_  2	,
2- 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER SET				_  1	_ _ _ ,
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	·—· - _ _ _ _ _		<b>–i</b>	1-1-1-1-171-1-1
3-					_   _ _ , _	_	,
	_ _ _				_ _ _ _	_ _	
4-   _	_ _			_                  _ _	_	_ _	_ ,
	_ _ _				_ _ _ _	_ _	
5-   _	_ _ _  					_	,
6-		IIIII				 -	_ _ _ ,
					_ _ _ _	_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/08/2023 / Empresa / Titular: NUVIT COMERCIO E REPRESENTACAO AGRICOLA LTDA							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
,							