

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91479605

(Via HOSPITAL)

1 " 11	- Número da Gui	a Atribuído	pela Opera	dora								
343269							9147	9605				
4 - Data da Autorização	5 - Senha			6 - Data de V								
09/06/2023 0	7:31	91	1479605		20/	08/2023						
Dados do Beneficiário			7,									
7 - Número da Carteira			8 - Val	lidade da Carte	eira	9-4	Atendimento	de RN				
9942174264419002 N												
50 - Nome Social												
10 - Nome												
MARIELE DA SILVA	RODRIGUE											
Dados do Contratado Sol	citante											
12 - Código na Operadora		13 -	Nome do Co	ontratado								
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E O	RTOPEDIA	ESPECIA	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional S	olicitante					15 - Conse	lho Profission	onal	16 - Número do Cor	selho	17 - UF	18 - Código CBO
RAFAEL MAURICIO	BELETATO					06			28806		41	225270
Dados do Hospital / Loca			-									
19 - Código na Operadora /	CNPJ	t		al / Local Solici		/ADA TD			11			para Internação
10.246.214/0001-04			ORT E ORTOPEDIA ESPECIALI								1/06/2023 00:00	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de In	ternação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qt	tde. Diárias S 1	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPM S	E 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica												
29 - CID 10 Principal (opcio	nal) 30 - CID	10(2) (opci	ional) 3	1 - CID 10(3) (oncional)	32 - CID 1	0(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de Ac	dente (ac	cidente ou c	doenca relacionada)
, —		(-) (-)					-(), (1	,		9	,
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Sol	licitados										
34 - Tabela 35 - Código	do Procedimento	36 -	- Descrição							37	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30734053									E LIGAMENTO -			1
2- 98 08011980 3- 18 60024151				SCOPIA DE					RTROSCOPIA PA	1 ND 1		1 1
4-	1111	ı	OGUELIA	ANA DE AF	AKELHO /	EQUIFAI	VIENTO P	ANA A	K I KOSCOPIA P	- I		
5-		i								_	-, - _	
6- _		_l									_	
7- _		<u> </u>									_	<u> _ _ </u>
8-		-!								<u> </u> _	-	
9- 10- _ _		-!									-lll	
10-1	 	-! 								 	-!! 	
12-	 	- - -								_	 - _	 _
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admis	ssão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	orizadas	41 - Tipo de	Acomodaçã	ão autorizad	la				
1					12							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Loc UNIORT E ORTOPED				al Autorizado							44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa												
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A												
46 Data da Calicitação	1 47 4		L. D. C.	-1 0-1:-:	10 40	I. D.	61 - 1 4 - 1	D		-4	D	ol polo Autorizocão



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

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha	0447000	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		91479605		91479605	09/06/2023 07:31		91479605			
Dados do Beneficiário		00 Nove 0 de								
7 - Número da Carteira	•	29 - Nome Social					+			
9942174264419002										
8 - Nome	PRIOUE									
MARIELE DA SILVA RO										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicit RAFAEL MAURICIO BE			10 - Telefone		11 - E-mail		+			
	LETATO									
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica										
ENTORSE TORNOZELO D ENTORSE TORNOZELO D AUTORIZADO CONFORME	E REPITAÇÃO									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solio o de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - \	√alor Unitário Autorizado			
1- 00 72466103			DESCARTAVEL - 2831-050/ 39.44.04.00	050 - 2		_ 2 _	_ ,			
10417940137	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA									
2- 00 76221229 10247700123	AN		ERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - AN CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE			_ 2 _	_ ,			
3- 00 00162477	CAI		O AMC F 2,9X5,5MM 891710000	/^ <u> </u>		1				
80356130052	CAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE	I—I	- י 	-1 '	-			
4- _ _				_ _	 		_ ,			
	_			_		_ _				
5- _				_ _	,	_	_ _,			
	_			_		_ _				
6- _	-				<u> - - - -</u>	_ _	_ ,			
				<u> </u>		_ _				
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	372-0900 / Emitido em 09/	06/2023 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa	/ Titular: UNIMED SEGURAD	OORA S/A					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	do Responsável pela Autorização					