

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91399154

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia A	Atribuído pel	la Operadora							
343269		·			9139	9154				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 91399154 6 - Data de 91399154				Validade da Senh 31/07/	1					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN										
0050000002518638	11/12/2023		N							
50 - Nome Social										
10 - Nome OTAVIO SOCIO FERRAZ										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora		11	me do Contratado							
10.246.214/0001-04		UNIOF	RT E ORTOPEDIA	A ESPECIALI	ZADA LTDA					
14 - Nome do Profissional So BRUNO BOSIO DA SIL			15 <b>06</b>	- Conselho Profissio	onal 16 - Número do <b>32301</b>	Conselho   17 - UF   18 - Código CBO   41   225270				
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dado	s da Intern	nação							
19 - Código na Operadora / C	- 11		o Hospital / Local Solid				21 - Data sugerida para Internação			
10.246.214/0001-04		JNIORT E	ORTOPEDIA ES	SPECIALIZAD	A LTDA		11/06/2023 00:00			
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inter	nação 24	4 - Regime de Internaçã <b>1</b>	25 - Qtde.	Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de C	PPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico  N			
28 - Indicação Clínica REVALIDACAO DA GUIA 9				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						
29 - CID 10 Principal (opciona	30 - CID 10	0(2) (opciona	al) 31 - CID 10(3)	(opcional) 32	- CID 10(4) (opcion	nal) 33 - Indicação de	e Acidente (acidente ou doença relacionada)  9			
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	itados								
34 - Tabela         35 - Código d           1- 22         30735033           2- 22         30735050           3- 22         30735041           4- 18         60000554           5- 18         60024151           6-	o Procedimento	ACRO LUXA LESA DIARI	ACAO GLENO-UM AO LABRAL - PRO IA DE APARTAM	ERAL - PROC OCEDIMENTO ENTO SIMPLE PARELHO / EC	EDIMENTO VIDI VIDEOARTROS S S UIPAMENTO PA		DEO 1 1 1 1 1 1 1			
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	0 - Qtde Diá	árias Autorizadas	41 - Tipo de Aco	modação autorizad	а				
			1	12	3 3					
42 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	me do Hospital / Local RT E ORTOPEDIA		ZADA LTDA		44 - Código CNES <b>6528104</b>					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/06/2023 / Empresa / Titular: ROBSON FERREIRA DIAS FERRAZ  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

· 11	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269	91399 <sup>-</sup>	54	91399154	01/06/2023 08:26	91399154					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social									
0050000002518638										
8 - Nome	,									
OTAVIO SOCIO FERRA	Z									
Dados do Profissional Solici	ante									
9 - Nome do profissional solicit	ante	10 - Telefone	11	I - E-mail						
<b>BRUNO BOSIO DA SIL</b>	/A									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica										
REVALIDAÇÃO DA GUIA 90 REVALIDAÇÃO DA GUIA 90										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M	aterial 15 - Descrição		16 - Oncão 17 - Otde	Solicitada 18 - Valor I Initário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado					
21 - Registro ANVISA do Mate		material no fabricante	23 - Nº Autorização		stado 15 Qtdc. Autorizada 25 Valor Oritario Autorizado					
1- 00 78890896	ANCORA FLEXIVEL COI	APLICADOR DESCARTAVEL - 0114022-325 - A	3	_ _ _ ,	_  3   _ ,					
80083650087	ARTHROM COM	ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
2- 00 00596221	GUIA FLEXIVEL PASSAI	OR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M	1	,	_  1					
80743230002	ARTHROM COM	ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _						
3- <b>00 00116700</b>		STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	<u> </u> 1	_ _ _ ,	_  1					
		ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
4- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER			<u>  2                                   </u>		_  2   _ ,					
		ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
5- <b>74683101 80777280003</b>		COPIA SETORMED - 009 11 70 85 CANULA CO ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  <b>2</b>	_   ,	_  2					
6-	AKTIKOM COM	ERGIO DE IMIFEANTESORTOFEDIGOSETDA		_	_					
· I_I_I I_I_I_I_I				!	_					
24 - Especificação do Material										
24 Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/06/2023 / Empresa / Titular: ROBSON FERREIRA DIAS FERRAZ										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização						
				, ,						