

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91056117

(Via HOSPITAL)

	<u></u>)												
1 - Registro ANS 3 - 343269	Número da Guia	Atribuído	pela Opera	adora			91056	117					
4 - Data da Autorização 03/05/2023 17	5 - Senha		1056117	6 - Data de Vali		enha 7/2023							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN													
0050000054590208 15/02/2024							N						
50 - Nome Social													
10 - Nome													
SONIA MARIA SILVA DE OLIVEIRA Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora		13 -	Nome do C	ontratado									
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E C	RTOPEDIA E									
14 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO MOTOOKA					t t	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 21679			ero do Co	onselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dad	los da Int	ernacão										
19 - Código na Operadora / C			-	al / Local Solicitad	do						21 - Data	a sugerida p	para Internação
10.246.214/0001-04		UNIOR		OPEDIA ESPE	ECIALIZA	DA LTI	DA					2023 00:0	-
22 - Caráter do Atendimento 2	11 '		o 24 - Regime de Internação 25 -			Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pri		revisão de uso de OPME 27 - 5		Previsão de uso de Quimioterápico N			
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO 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) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados													
34 - Tabela 35 - Código o	lo Procedimento		· Descrição ATURA E	OU LUXACO	ES (INCL	UINDO	DESCOLA	MENT	O EPIFIS	SARIO (- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 18 60000805 3-			ARIA DE	QUARTO COL	LETIVO D	E 2 LEI	TOS COM E	BANH	EIRO PR	IVATIV			1
11-	_	l l									- -	_ _	
Dados da autorização													
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut 1	torizadas 41	- Tipo de A	comodaç	ão autorizada						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104													
45 - Observação / Justificativa													
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/05/2023 / Empresa / Titular: ALENCAR RODRIGUES DE OLIVEIRA													
46 - Data da Solicitação	47 - As	sinatura d	lo Profission	nal Solicitante	48 - Assina	atura do B	eneficiário ou	Respo	nsável	49 - Assi	natura do	Responsáv	rel pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Se	Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		91056117	91056117		03/05/2023 17:56	9105			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	29 - Nome	Social							
0050000054590208									
8 - Nome									
SONIA MARIA SILVA [DE OLIVEIRA								
Dados do Profissional Solid	itante								
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail				
CARLOS EDUARDO M	OTOOKA								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A	ANEXO ANEXO								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do l						itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor U	Initário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		Referência do material no f		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 00658820 10247700102			CK MIS VOLAR 45X16,6MM 180-56 DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	_ ,	_ 1 _	_ ,		
2- 00 72375906			FUSOS VERSA TORXDRIVE - 223-24-14			2			
10247700109			DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	2		-1 -2 111-	_ ,		
3- 00 72245123			VERSALOCK BLOQUEADO DE ANGU			8	_ ,		
10247700093			DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				-11'111		
4-							_ ,		
	_ _ _	_ _ _					-,,,,		
5- _ _	_ _ _				_ _ _ ,	_	_ ,		
				_ _ _ _	_ _ _ _	_			
6-	_ _ _				_ _ _ , _	_	_ ,		
		_ _ _ _				_			
24 - Especificação do Materia									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/05/2023 / Empresa / Titular: ALENCAR RODRIGUES DE OLIVEIRA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional So	olicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				