

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90869605

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído po	ola Oparadora									
<b>343269</b>	Numero da Guia	Attibuldo pe	eia Operadora		908	69605						
4 - Data da Autorização	5 - Senha	000	i i	le Validade da Se								
17/04/2023 10:32     90869605       Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Validade da C	arteira	9 - Atendiment	to de RN						
0050000008671071 04/12/2024					N	ı						
50 - Nome Social						<u> </u>						
10 - Nome ZILDA DA COSTA FORGHIERI												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora												
10.246.214/0001-04	lioitanta	UNIO	RI E ORIOPEL		15 - Conselho Profiss	sional 16 - Número d	do Conselho 17 - UF	18 - Código CBO				
14 - Nome do Profissional Solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS				ti	06 22343		41	225270				
Dados do Hospital / Local S			-									
19 - Código na Operadora / C	- 11		lo Hospital / Local Sc E ORTOPEDIA E		NDA LTDA		21 - Data sugerida 26/04/2023 00:					
10.246.214/0001-04						11 00 Barria a da cara da						
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inte	rnação   24	4 - Regime de Interna 1	çao   25 - Qtd	e. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de	e OPME   27 - Previsao de	uso de Quimioterápico				
28 - Indicação Clínica PEDIDO MÉDICO EM ANE												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (		0(2) (opciona	ocional) 31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID 10(4) (opcid	onal) 33 - Indicação	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9					
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	citados										
34 - Tabela         35 - Código d           1- 22         30734045           2- 22         30734053           3- 22         30728045           4- 18         60000384           5- 18         60000805           6- 18         60024151           7-	o Procedimento	OSTE RECC ARTF DIAR DIAR ALUC	ONSTRUCAO, R RODESE AO NIV RIA DE ACOMPAI RIA DE QUARTO GUELTAXA DE A	ETENCIONAM EL DO TORM NHANTE COM COLETIVO D APARELHO / E	MENTO OU REFO OZELO - TRATAI M REFEICAO COI DE 2 LEITOS COM	I BANHEIRO PRIVA PARA ARTROSCOP	TO - PR 1 D 1 1 ATIVO 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				
			1	1								
1 - 1			Nome do Hospital / Local Autorizado  IORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  44 - Código CN 6528104									
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/04/2023 / Empresa / Titular: ATILIO NORLI FORGHIERI  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



## 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

11	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora									
343269	90869605		90869605	17/04/2023 10:32		90869605							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social												
0050000008671071													
8 - Nome													
ZILDA DA COSTA FORGHIERI													
Dados do Profissional Solicit													
9 - Nome do profissional solicit		10 - Telefone	11	I - E-mail									
CESAR EDUARDO CAS	TRO FERREIRA MARTINS												
Dados da cirurgia  12 - Justificativa técnica													
PEDIDO MÉDICO EM ANEX PEDIDO MÉDICO EM ANEX	(O / OPME: 02 SHAVERS: ARTHROM / 02 PARAFUS(	OS CANULADOS TITÂNIO 7,0: CIRUSIL											
OPME Solicitadas													
13 - Tabela 14 - Código do M				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado							
21 - Registro ANVISA do Mater 1- <b>00 00590045</b>	ial 22 - Referência do mater LAMINA PARA SHAVER SET		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_  2								
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-           -	_  2	-							
2- <b>00 70446822</b>		/I-216.35 PARAFUSO CANULADO ROSCA P			2								
80163430004		IPLANTES ORTOPEDICOS LTDA	,, 			1							
3-   _			_	_	_	,							
		<del> _ _ _ _ </del>	_ _ _	_ _ _ _	_ _								
4-   _				_	_	,							
		_ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _								
5-			<u> </u>	_	_	_,							
		-	.       -	_ _ _ _	_ _								
6-   _      _ _ _  	-		 	_	_l	,							
24 - Especificação do Material			1111111111111111111111111111111										
,													
25 - Observação / Justificativa													
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/04/2023 / Empresa / Titular: ATILIO NORLI FORGHIERI													
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização									