

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92129636

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia A	tribuído pela Opera	dora			_				
343269	. vao.o da Gala / v	barao pola opora	uoru		921296	36				
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid							
08/08/2023 11	:18	92129636		07/10/2023						
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 0050000004278120		11	idade da Carteira	9 -	Atendimento de <b>N</b>	RN				
50 - Nome Social		23/0-	#/ZUZJ							
30 - Nome Social										
10 - Nome										
MYRIAN CRISTINA BE	RANDAO JACO	ОВ								
Dados do Contratado Solid	citante									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do Co		SPECIALIZAD <i>A</i>	LTDA					
14 - Nome do Profissional So	licitante	UNIORIEU	K I OPEDIA ES			16 - Número do (	Consolho	17 - UF	18 - Código CBO	
CARLOS EDUARDO				06	15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conse 06 21679			41	225270	
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dados	s da Internação								
19 - Código na Operadora / C		0 - Nome do Hospita	al / Local Solicitado	)			21 - Data	sugerida p	ara Internação	
10.246.214/0001-04	U	INIORT E ORTO	PEDIA ESPE	CIALIZADA LT	DA		12/08/2	023 00:0	0	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Interr	nação 24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26	6 - Previsão de uso de O	PME 27 - P	revisão de ι	uso de Quimioterápico	
1 28 - Indicação Clínica	С		1	1		S			N	
29 - CID 10 Principal (opciona	30 - CID 10	(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opci	ional) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de	•	idente ou d <b>9</b>	oença relacionada)	
Procedimentos ou Itens As		tados								
34 - Tabela   35 - Código of	do Procedimento	DIARIA DE	QUARTO COLI	ETIVO DE 2 LEI	TOS COM BA	RATAMENTO CIRU ANHEIRO PRIVATI	RGI 1	Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1	
Dados da autorização	~~ b	Otala Diánica Aut		Tine de Annuada	~	1				
39 - Data provável da Admiss		0 - Qtde Diárias Auto 1	1	· Tipo de Acomoda	ao 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 CNE 6528104								44 - Código CNES <b>6528104</b>		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/08/2023 / Empresa / Titular: EDER JACOB  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

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referenciada 4 - Ser		4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		92129636		92129636	08/08/2023 11:18		92129636
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira	2	29 - Nome Social					
0050000004278120							
8 - Nome							
MYRIAN CRISTINA BR	ANDAO JACOB						
Dados do Profissional Solici	tante						
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
CARLOS EDUARDO M	OTOOKA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica	NEVO						
INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A	INEXO						
,							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do N	Material 15 - De	escrição		16 - Opcão 17 - Otde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Otde Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate	rial no fabricante	23 - Nº Autorização		nado 10 Glad. Matorizada	20 Valor Officiallo / Idionizado
1- 00 00193178	FIO K	(IRSCHNER 0,8X300MM	40012300080	3	_ _ _ ,	_  3	_ _ , _
10223680050							
2-	_ _ _ _		<del></del>		_	_	,
	_ _ _				_ _ _ _	_	
3-   _   _   _   _   _   _   _   _	_ _ _	111111			_	_	,
		IIIII	-			_	
	_ _ _  					_	,
		1-1-1-1-1-1-1-				 	,
	 					_   	1-1-1-1/1-1-1
6-   _					_	_	,
	_ _ _					_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa	372-0900 / Emitido em 08/08	2/2022 / Empress / Titulers	EDED IACOD				
releione Contratado: (43)3	372-0900 / Emilido em 06/06	5/2023 / Empresa / Titular:	EDER JACOB				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profi	issional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		