

## 89743383

(Via HOSPITAL)



46 - Data da Solicitação

\_|/|\_\_|\_|/|\_\_|

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 89743383 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 05/01/2023 12:03 89743383 07/03/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0210041023633025 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 704605179758922 MARIA DE LOURDES SALGADO Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO **CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS** 06 22343 225270 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida pata Internação 10.246.214/0001-04 15/01/2023 00:00 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 22 - Caráter de Atendimento 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 23 - Tipo de Internação S 2 1 Ν 1 1 28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 29-CID10 Principal (opcional) 30-CID10(2) (opcional) 31-CID10(3) (opcional) 32-CID10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 34 - Tabela 36 - Descrição 1- 22 30731224 TRANSPOSICAO UNICA DE TENDAO 2- 22 30729203 OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT 1 3- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 12-Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 1 1 |\_\_|\_|/|\_\_|/|\_\_| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 05/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED UBER ABA

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



89743383



## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2-Nº MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

MARIA DE LOURDES SALGADO	1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	a	4 - Senna			5 - Data da Autorização	6 - Numero da Guia atribuido pela Operadora	
1   Notes   Scriptors	343269		89743383			89743383	05/01/2023 12:03	89743383	
10   Telefore   10   Telefore   10   Telefore   11   Ernal   11   Ernal   12   Telefore   13   Telefore   13   Telefore   14   Telefore   14   Telefore   15	Dados do Beneficiário								
10   Telefore   10   Telefore   11   Email   1   Ema	7 - Numero da Carteira 8 - Nome								
10   Telefore   10   Telefore   11   Email   1   Ema	0210041023633025 MARIA DE LOURDES SALGADO								
9- Norma do polissional solicitaria.    SEASAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS   11 - E-misil									
CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS			10 - Telefone		11	1 - E-mail			
District for register INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88588429 INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88588429 AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM  DIVE Sórtibulos  15 - Descrição  16 - Opção 17 - Oblo Solicitudos  17 - Resista N - Código do Internation Solicitudos  18 - Votar Univario Solicitudos  20 - Referência do material Contratados (ASSASSASSASSASSASSASSASSASSASSASSASSASS	· ·		PTINS			11			
12 - Justiciandas estercios INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM A GUIA 88568429 INDICICAÍ, AO CLINICA EM A GUIA 8500 - FAVOR REVALIDAR A GUIA 8500 - FA									
INDICAÇÃA O LINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88688429  AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM  OPME Solcisadas  13 - Tabela 14 - Codgo do Item 15 - Deccição  22 - Referência do material no fabricame 23 - IV P. Autorizado 20 - Valor Unitairo Solcitado 17 - Tabela 14 - Codgo do Item 18 - Deccição  24 - Referência do material no fabricame 25 - IV P. Autorizado do Fruncionamento 18 - Tabela 14 - Codgo do Item 19 - Code Autorizado 20 - Valor Unitairo Autorizado 20 - IV P. Autorizado do Fruncionamento 10 - TABEQUESOS  4 - AMINA DE SERRA ESTERIL - 1001-E001-011 1									
13- Tabella 14- Código, do Item 15- Descrição 15- Descrição 16- Opquio 17- Quito, Solicitado 18- Verior Unitários Solicitado 19- Quito, Autorização 23- New Autorização de Funcionamento 23- New Autorização ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT   1   1   1   1   1   1   1   1   1	12 - Justificativa técnica INDICAćAO CLINICA EM ANEXO - FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 INDICAćAO CLINICA EM ANEXO FAVOR REVALIDAR A GUIA 88568429 AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM								
22 - Referência do material   23 - Nº Autorização de Funcionamento   23 - Nº Autorização de Funcionamento   1 - 78820596   LAMINA DE SERRA ESTERIL - 1001-E001-011   1	OPME Solicitadas								
21 - Regerência do material   22 - Referência do material   23 - N. Autorização de Funcionamento   23 - N. Autorização de Funcionamento   24 - Regerência do material   25 - N. Autorização de Funcionamento   25 - N. Autorização de Funcionamento   26 - Data da Solicitação   27 - Assinatura do Profissional Solicitantee   23 - N. Autorização   26 - Assinatura do Responsável pela Autorização   27 - Assinatura do Profissional Solicitantee   28 - Assinatura do Responsável pela Autorização   28 -		em 15 -	Descrição			16 - Opção 17 - 0	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	licitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado	
ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	21 - Registro ANVISA do materi	al			22 - Referência do material no fabr	ricante	:	23 - Nº Autorização de Funcionamento	
2º	1- 78820596	LA	MINA DE SERRA ESTER	RIL - 1001-E001-011		1	,	_ _  1  _ _ ,_	
25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 05/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED UBER ABA  26 - Data da Solicitação  27 - Assinatura do Profissional Solicitante  28 - Assinatura do Responsável pela Autorização	80407790006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT								
4-	2-					1111			
4-			Ī						
4-			-1		IIIIIIIII			<del></del>	
24 - Especificação do material  25 - Observações / Justificativa  Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 05/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED UBER  ABA  26 - Data da Solicitação   27 - Assinatura do Profissional Solicitante   28 - Assinatura do Responsável pela Autorização			1						
24 - Especificação do material  25 - Observações / Justificativa  Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 05/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED UBER  ABA  26 - Data da Solicitação   27 - Assinatura do Profissional Solicitante   28 - Assinatura do Responsável pela Autorização		_	.[			_	·	<del></del>	
24 - Especificação do material  25 - Observações / Justificativa  Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 05/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED UBER  ABA  26 - Data da Solicitação   27 - Assinatura do Profissional Solicitante   28 - Assinatura do Responsável pela Autorização	4-   _   _   _   _   _   _								
24 - Especificação do material  25 - Observações / Justificativa  Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 05/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED UBER  ABA  26 - Data da Solicitação   27 - Assinatura do Profissional Solicitante   28 - Assinatura do Responsável pela Autorização		_				_ _ _ _	.		
24 - Especificação do material  25 - Observações / Justificativa  Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 05/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED UBER  ABA  26 - Data da Solicitação   27 - Assinatura do Profissional Solicitante   28 - Assinatura do Responsável pela Autorização	5-						,		
24 - Especificação do material  25 - Observações / Justificativa  Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 05/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED UBER  ABA  26 - Data da Solicitação   27 - Assinatura do Profissional Solicitante   28 - Assinatura do Responsável pela Autorização		_ _ _ _				_ _ _ _	<u> _ _ _ _ _ _ </u>	_ <del>                                       </del>	
25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 05/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED UBER ABA  26 - Data da Solicitação   27 - Assinatura do Profissional Solicitante   28 - Assinatura do Responsável pela Autorização	6-   _    _	_ _ _ _					,		
25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 05/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED UBER ABA  26 - Data da Solicitação   27 - Assinatura do Profissional Solicitante   28 - Assinatura do Responsável pela Autorização		_	l			_ _ _	<u> _ _ _ _ </u>		
25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 05/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED UBER ABA  26 - Data da Solicitação   27 - Assinatura do Profissional Solicitante   28 - Assinatura do Responsável pela Autorização	24 - Especificação do material								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 05/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED UBER ABA  26 - Data da Solicitação   27 - Assinatura do Profissional Solicitante   28 - Assinatura do Responsável pela Autorização									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 05/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED UBER ABA  26 - Data da Solicitação   27 - Assinatura do Profissional Solicitante   28 - Assinatura do Responsável pela Autorização	25 - Observações / Justificativa								
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização	Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 05/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED UBER								
	ABA								
	-								
	†								
	26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	fissional Solicitante		:	28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
		_							