

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93337206

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da G	uia Atribuído	o pela Opera	adora			93337	7206				
4 - Data da Autorização	5 - Ser	nha		6 - Data de Vali	dade da S	Senha						
29/11/2023	14:11	9	3337206		12/0	02/2024						
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira			10 Va	olidada da Cartaira			Atandimanta	do DNI				
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 1170000002112467 N												
50 - Nome Social												
10 - Nome  LEONARDO FERREIRA AVILA												
Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Operadora  13 - Nome do Contratado												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11		ORTOPEDIA E	SPECIA	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional	Solicitante					15 - Conse	elho Profissio	nal 1	6 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS						06 22343			22343		41	225270
Dados do Hospital / Loc			,							1		
19 - Código na Operadora / CNPJ   20 - Nome do Hospital / Local Solicitado   21 - Data sugerida para Internação   10.246.214/0001-04   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA   10/12/2023 00:00											-	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de			ne de Internação		tde. Diárias		26 - Prev	isão de uso de OF	<u> </u>		uso de Quimioterápico
1	11			1		1			S			N
INDICAÇÃO CLINICA E		D 10(2) (opc	sional)	31 - CID 10(3) (ope	cional)	32 - CID	10(4) (opcion	al) 33	3 - Indicação de A	Acidente (a	cidente ou c	doença relacionada)
										9		
Procedimentos ou Itens	o do Procedime 9 3 5	nto 36 SII RE	ECONSTR ARIA DE LUGUELT	DMIA PARCIAL LUCAO, RETEN QUARTO COL AXA DE APAR	NCIONA LETIVO RELHO /	MENTO ( DE 2 LEI EQUIPA	DU REFOR	CO DE BANHE ARA AR	LIGAMENTO IRO PRIVATIV TROSCOPIA	ROS 1 - PR 1 /O 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.  1 1 1 1
39 - Data provável da Adm	nissão hospitalar	40 - Qtde	e Diárias Au	torizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	a				
			1	1								
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								44 - Código CNES <b>6528104</b>				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/11/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOP ERATIVA DE TRABALHO MEDICO  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
46 - Data da Solicitação	47 -	- Assinatura	uu riviissi0	nai Suicitante	40 - ASSII	natura do B	enenciario ol	a respons	oavei   49 - AS	รแลเนโส ปี0	responsa/	ei peia Autorização





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

"	- Número da Guia Referer	11	- Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		93337206		93337206	29/11/2023 14:11		93337206
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1170000002112467							
8 - Nome							
LEONARDO FERREIRA	AVILA						
Dados do Profissional Solicita							
9 - Nome do profissional solicitar			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
CESAR EDUARDO CAST	RO FERREIRA MAF	RTINS					
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM AN INDICAÇAO CLINICA EM AN AUTORIZADO CONFORME I	EXO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Ma		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Materia		22 - Referência do material		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- <b>00 100066879 81288540024</b>	CA		T HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9- D DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_  ,	_  1	,
2- <b>76221229</b>	ΔN		RSOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR			2	,
			D DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		_l <del>_</del>	
3- <b>03112993</b>	GA		JRA KNEEPASS 747050100 - RZK			1	
80356139021			D DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		<b>—</b> I	111
4-   _					_	_	_ _ , _
	_			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
5-   _	_ _ _				_	_	,
	_				_ _ _ _	_ _	
6-			<del></del>		_	_	,
24 - Especificação do Material  25 - Observação / Justificativa Tolofono Contratado: /43/33	72 0000 / Emitido om 20	//41/2022 /ALITOPIZADO CONE	ORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular:	LINIMED NODTE DIC	NIEIDO COODEDATIVA DE TDA	BALLIO MEDICO	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr		ONIVIL ONIVILO DE ONIGEWI / Empresa / Hitilat.		D Responsável pela Autorização	DALIO WILDIOO	
	- 11						