

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92670245

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da G	uia Atribuído	pela Opera	adora			926702	245				
4 - Data da Autorização	5 - Sen	ıha		6 - Data de Vali	idade da Si	enha	920702	45				
27/09/2023 10:41			2670245	Data do van		1/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira	a	9 - /	Atendimento de	e RN]			
147000002063068 31/12/2023							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome JULIO HEBER PASQUIN												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		- 11	Nome do C	ontratado ORTOPEDIA E	SDECIV	1 17 A D A	LTDA					
14 - Nome do Profissional	Solicitante		IONI E C	TOT LDIA L			elho Profissiona	al 16.	- Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ					- 11	06		- 11	905	oriodirio	41	225270
Dados do Hospital / Loc	al Solicitado / D	ados da In	ternação								1	
19 - Código na Operadora	/ CNPJ	11		al / Local Solicitad						21 - Data	sugerida p	para Internação
10.246.214/0001-04			T E ORTO	OPEDIA ESPE	ECIALIZA	ADA LTI	DA			10/10/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de		24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qto	de. Diárias :	Solicitadas 2	6 - Previsã	o de uso de OP	ME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica DOR LIMITAÇÃO PARA	\	CEM MEL	LIODA COM	M TD AT CLINIC	0							
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)												
Procedimentos ou Itens	Assistenciais S	olicitados									9	
	o do Procedimer 5 9 1	nto 36 RE OS PC	STEOCON CT ARTRO LUGUELT	U SUTURA DE IDROPLASTIA DSCOPIA DE J AXA DE APAR	A - ESTAE JOELHO RELHO / I	BILIZAC <i>I</i> UNIORTI EQUIPAI	AO, RESSE(E - ENF MENTO PAF	RA ARTE	OU PLASTI	OSC 1 A # 1 1	- Qtde. Soli	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
39 - Data provável da Adm	issão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de /	Acomodaç	ão autorizada	1				
			1	1	1 /	y						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado							44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/09/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA 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	uo Profissioi	nai Solicitante	46 - ASSIN	atura do B	enenciario ou F	responsav	rei 49 - ASS	matura do	r esponsav	eı peia Autorização



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	aiada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribu	ída pala Oparadora					
343269	3 - Numero da Guia Referen	92670245	4 - Serina	92670245	11	0 - Numero da Guia attibu	92670245					
		92070243		92070243	27/09/2023 10:41		92070243					
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira	•	29 - Nome Social										
1470000002063068												
8 - Nome												
JULIO HEBER PASQUIN												
Dados do Profissional Solicitante												
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail							
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ											
Dados da cirurgia												
12 - Justificativa técnica DOR + LIMITAÇAO PARA DOR LIMITAÇAO PARA A AUTORIZADO CONFORM	TIVIDADES SEM MELHOF											
OPME Solicitadas												
13 - Tabela 14 - Código do l		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado					
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento							
1- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER SET		_ _ 1		_ 1	,					
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT	1111	_ _ _ _							
2- 00 00116700	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 20	.—.		_ 1	,					
80743230025		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT	DA _ _ _								
3-	_ _ _			_ _	, ,	_	,					
			- -	_								
⁴⁻	_ _ _	111111				_	,					
5-		IIIIII					,					
·						_,	1-1-1-1-111-1-1					
6-				_,		_,, _	_ _ ,					
						 _ _						
24 - Especificação do Materia												
25 - Observação / Justificativa												
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/09/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO												
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização							
20 - Dala da Sullulação	ZI - Assinatura do FI	onssional Solicitatite		20 - Assiliatura C	o Nospolisavel pela Autolização							