

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91064236

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núr	mero da Guia A	tribuído i	nela Onera	dora								
343269	Januar	nero da Odia A	(III)DUIUO	рска Орстан	301a			910642	236				
4 - Data da Autoriza	ação 2023 11:19	5 - Senha	91	064236	6 - Data de Va		Senha 07/2023						
Dados do Benefic			<u> </u>	004200		00/	0172020						
7 - Número da Cart	eira			8 - Val	idade da Cartei	ira	9 -	Atendimento de	e RN	]			
0050000015267	7795			09/08	/2023			N					
50 - Nome Social													
10 - Nome JULIO CESAR DAS NEVES													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Ope			11	Nome do Co		<b></b>							
10.246.214/000			UNIC	ORTEO	RTOPEDIA	ESPECIA						1	
14 - Nome do Profis			Σ			15 - Conselho Profissional <b>06</b>			- 11	16 - Número do Conselho 17905		17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospita				-									
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 21 - Data sugerida para Internação 10/05/2023 00:00										-			
22 - Caráter do Atend	dimento 23	3 - Tipo de Interr	nação	24 - Regime	e de Internação <b>1</b>	25 - Qt	tde. Diárias	Solicitadas 2	6 - Previsã	de uso de OP	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clíni INDICAÇAO CLIN			I L										
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			(2) (opcio	opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		) 33 -	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacion <b>9</b>			loença relacionada)
Procedimentos ou	ı Itens Assisi	tenciais Solici	tados										
1- 22 30° 2- 22 30° 3- 22 30° 4- 22 30° 5- 18 600	- Código do P 733065 733049 733073 731216 000805 024151	rocedimento	REF OST REC TRA	TEOCONI CONSTRI ANSPOSI RIA DE ( JGUELT <i>A</i>	DROPLASTI JCAO, RETE CAO DE MA QUARTO CO AXA DE APA	IA - ESTA ENCIONA LIS DE 1 T DLETIVO LRELHO /	BILIZAC MENTO ( ENDAO DE 2 LEI EQUIPA	PROCEDIMI AO, RESSEC DU REFORC - TRATAMEI TOS COM B MENTO PAF	CCAO E/ CO DO LI NTO CIR ANHEIR RA ARTF	OU PLASTI GAMENTO URGICO O PRIVATIV	OSC 1 A # 1 CR 1 1	_          	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1  1  1  1
39 - Data provável	da Admissão	hospitalar 40	0 - Qtde I	Diárias Auto	orizadas	11 - Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	1				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nom				1 1 Some do Hospital / Local Autorizado 4						44 - Código CNES			
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104								6528104					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/05/2023 / Empresa / Titular: SIN DOS SERVIDORES PUB E AUT MUN DE ARAPONGAS E SABAUDIA  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização													
46 - Data da Solicita	ação	47 - Assi	inatura de	o Profission	al Solicitante	II 48 - Assir	natura do E	eneficiário ou F	Responsáv	el 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização



## 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

"	- Número da Guia Referen	l	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		91064236		91064236	04/05/2023 11:19		91064236	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000015267795								
8 - Nome								
JULIO CESAR DAS NEVI	ES							
Dados do Profissional Solicita								
9 - Nome do profissional solicitan			10 - Telefone	1	1 - E-mail			
ALEXANDRE DE OLIVEII	RA QUEIROZ							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM AN INDICAÇAO CLINICA EM AN								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do Mat		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Materia		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- <b>00 00590045 80777280006</b>	LAI	MINA PARA SHAVER SET				_  1	,	
2- <b>00</b>	CAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			1	,	
80743230025	CAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  '	<sub>1</sub>	
			LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA			_  1	_ _ _	
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_i	111711	
4- 00 00597007	PAI	RAFUSO INTERFERENCIA	A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	1	_ _ _  <sub> </sub>	_  1	,	
80044680085		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
5-   _	_ _ _				_	_	,	
	_				_ _ _ _ _	_ _		
6-	_ _ _ _		<del></del>		_!  _ _ _ _ ,	_	,	
					_ _ _ _			
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)337	2-0900 / Emitido em 04/	05/2023 / Empresa / Titular: \$	SIN DOS SERVIDORES PUB E AUT MUN DE ARAI	PONGAS E SABAUDI	IA			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização			