

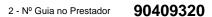
## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90409320

(Via HOSPITAL)

				-				
1 - Registro ANS 343269	Atribuído pela Operadora		90409320					
4 - Data da Autorização 08/03/2023 11:16	90409320	Data de Validade da Senha 15/05/20	23					
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	8 - Validade	e da Carteira	9 - Atendimento de RN	1				
8650002157432095	28/02/202	23	N					
50 - Nome Social								
10 - Nome ALEX TROMBELLI ALCINE								
Dados do Contratado Solicitante								
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	13 - Nome do Contrat UNIORT E ORTO	tado OPEDIA ESPECIALIZA	ADA LTDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante  DANIEL FERREIRA FERNANDES V	======================================	15 - 0 <b>06</b>	Conselho Profissional	16 - Número do Co	onselho 17 - UF	18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dad	os da Internação			J [				
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Lo	ocal Solicitado  DIA ESPECIALIZADA	LTDA		21 - Data sugerida 15/03/2023 00			
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Inte	ernação 24 - Regime de I	Internação 25 - Qtde. Di	árias Solicitadas 26 - F	Previsão de uso de OPI	ME 27 - Previsão d	le uso de Quimioterápico		
28 - Indicação Clínica	'							
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solid 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1- 22 30735033 2- 22 30735068	citados  36 - Descrição  ACROMIOPLAS'  RUPTURA DO M	TIA - PROCEDIMENTO	- PROCEDIMENTO	OPICO DE OMBR	9 37 - Qtde. S O 1 COP 1	olic. 38 - Qtde. Aut.  1 1		
3- 22 30735084		ATERAL DA CLAVICU		IO VIDEOAR I RC		1		
4- 18		ARTAMENTO SIMPLES DE APARELHO / EQU		ARTROSCODIA F	2 PAR 1	2 1		
6-	<u> </u>	DE AFARELHO / EQC						
Dados da autorização		. 1						
39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizad <b>2</b>	das 41 - Tipo de Acom	odação autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04	11	al / Local Autorizado DPEDIA ESPECIALIZA	ADA LTDA			44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/03/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM *** 01 EQUIPO 4 VIAS - pago em conta material hospit alar / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL  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 - As	sınatura do Profissional So	Diicitante     48 - Assinatura	do Beneficiário ou Resp	onsavel    49 - Ass	inatura do Responsa	avel pela Autorização		



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	1	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuío	
343269		90409320		90409320	08/03/2023 11:16		90409320
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social							
8650002157432095							
8 - Nome							
ALEX TROMBELLI AL	CINE						
Dados do Profissional Solid	citante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	11	- E-mail		
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica LESAO DO MANGUITO RO LESAO DO MANGUITO RO AUTORIZADO CONFORM	OTADOR	** 01 EQUIPO 4 VIAS - pago	em conta material hospitalar				
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do l		Descrição			. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fa			23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 78890578 ANCORA FLEXIVEL COM APLICADO 80083650087 ARTHROM COMERCIO DE		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	A  _  3		_  3	_ ,	
			_     2		_  2		
		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  <del> </del>		_  4	_ _ , _	
3- <b>00 00608459</b>			ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM III	I—I—I—I—I—I IΔ I I 1		1	
80082910131			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-ı ·	I—I—I—I"I—I—I
4- 00 00241202	TRO	OCATER ARTROSCOPICO		1		I 1	
80371250020			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>			111/11
5- <b>00 00596221</b>	GUI	A FLEXIVEL PASSADOR	SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226	6M    1		_  1	_ _ , _
80743230002		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		-	
6-	_ _ _ _				_	_	,
24 - Especificação do Materia	I						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3 CENTRAL		D3/2023 /AUTORIZADO CON	NFORME UNIMED DE ORIGEM *** 01 EQUIPO	O 4 VIAS - pago em conta।	naterial hospitalar / Empresa / Tit	ular: CENTRAL NACIONA	L UNIMED COOPERATIVA
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
	II.			[]	-		,