

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91/1406/

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número	Número da Guia Atribuído pela Operadora 91714067							067					
4 - Data da Autorização 30/06/2023 1	11	- Senha	917	14067	6 - Data de Va		Senha 08/2023							
Dados do Beneficiário														
7 - Número da Carteira				8 - Val	idade da Carteir	a	9 - 7	Atendimento d	de RN					
0050000031596706				12/05/2025				N						
50 - Nome Social														
10 - Nome														
JOSMAR SIQUEIRA Dados do Contratado Solicitante														
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado														
10.246.214/0001-04			UNIO	UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA										
14 - Nome do Profissional	Solicitante			15 - Conselho				lho Profission	Profissional 16 - Número do Con			selho	17 - UF	18 - Código CBO
CARLOS EDUARDO	МОТО	OKA					06 21			21679		41	225270	
Dados do Hospital / Loca														
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 21 - Data sugerida para Internação 01/07/2023 00:00										· · · · · ·				
22 - Caráter do Atendimento 2	23 - Tipo de Internaç		ação 2	io 24 - Regime de Internação 1		25 - Q1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26		26 - Pre	s - Previsão de uso de OPME S		27 - Previsão de uso de Quimioterápico N		
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA E	M ANEVO	`												
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)														
D "												!	9	
Procedimentos ou Itens 34 - Tabela 35 - Código				escrição								37 -	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Codig 1- 22 3072009: 2- 18 6000080: 3-	5	_ _ _ _ _ _	FRA	TURA E	/OU LUXACC	LETIVO	DE 2 LEIT	FOS COM E	BANH	EIRO PF	RIVATIVO	OT 1	Cytde. 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 hosp	oitalar 40	- Qtde Di	iárias Auto	11		Acomodaçã	ão autorizada						
42 - Código na Operadora	/ CNPJ at	utorizado	11		ospital / Local Au	utorizado								44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104														
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/06/2023 / Empresa / Titular: JOSMAR SIQUEIRA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização														



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 1	- Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269	91714067		91714067	30/06/2023 11:58		91714067		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
0050000031596706								
8 - Nome	,							
JOSMAR SIQUEIRA								
Dados do Profissional Solicita	ante							
9 - Nome do profissional solicita	nte	10 - Telefone	11	1 - E-mail				
CARLOS EDUARDO MO	TOOKA							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica								
INDICAÇAO CLINICA EM AN INDICAÇAO CLINICA EM AN								
INDIONONO OLIMON LIMINI	NEXO					1		
OPME Solicitadas			10.0 7 17 0.1	0 11 11 10 11 11 11 11 11 11		20.14.14.14.14.14.14.14.14.14.14.14.14.14.		
13 - Tabela 14 - Código do Ma 21 - Registro ANVISA do Materi		erial no fabricante	23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	U - Vaior Unitario Autorizado		
1- 00 72243562		RAFUSOS BLOQUEADOS VERSALOCK DE	<u> </u> 1	<u> </u>	_ 1	,		
10247700102	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 					
2- 00 72245123	SISTEMA DE MINI FRAGMEI	NTOS VERSALOCK BLOQUEADO DE ANGU	8	_ _ ,	_ 8	_ _ , _		
10247700093	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _					
3- 00 72375906		PARAFUSOS VERSA TORXDRIVE - 223-24-14	2	,	_ 2	,		
10247700109	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
4-				_	_	,		
			. -	_ _ _ _ _	_			
⁵⁻	<u> </u>			_	_	_ _ , _		
	- -	_ _ _ _		_ _ _ _	_	,		
	!!!!!			_	_			
24 - Especificação do Material			<u> </u>					
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/06/2023 / Empresa / Titular: JOSMAR SIQUEIRA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		29 Accincture 4-	Responsável pela Autorização				
20 - Dala da Sulicitação	21 - Assinatura do Fronssional Solicitante		Zo - Assinatura do	ncəpunsavei pela Autunzaça0				