

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92431309

(Via HOSPITAL)

1 Pagistra ANS	Número da Guia	Atribuído	nola Onora	doro								
1 - Registro ANS 3 - 343269	Numero da Guia	Atribuldo	реіа Орега	dora			924313	309				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Da 92431309				6 - Data de Valid		enha 1/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carteira	ı	9 -	Atendimento de	e RN				
0050000052241222   15/01/2024				/2024			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome												
MARIA EDUARDA MA	RCHEZINI											
Dados do Contratado Solid	citante											
12 - Código na Operadora		11	Nome do Co		005014		1 TD 4					
10.246.214/0001-04	P. Maria	UNI	ORIEU	RTOPEDIA E				1 140	N/	11	17 - UF	18 - Código CBO
14 - Nome do Profissional Solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS					- 11	15 - Conselho Profissional				41 225270		
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dao	los da Inte	ernação									
19 - Código na Operadora / C	NPJ			I / Local Solicitad						1		ara Internação
10.246.214/0001-04		UNIORT	E ORTO	PEDIA ESPE	CIALIZA	ADA LTI	DA			12/09/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime	e de Internação <b>1</b>	25 - Qtd	de. Diárias <b>1</b>	Solicitadas 2	6 - Previsão	de uso de OPI	ME 27 - F	revisão de ι	uso de Quimioterápico <b>N</b>
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM												
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)  9			
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	citados										
34 - Tabela 35 - Código	lo Procedimento	36 -	Descrição								- Qtde. Solid	
1- 22 30734029 2- 22 30734053				MIA PARCIAL JCAO, RETEN								1
3- 18 60000384				COMPANHAI					SAMENTO -	1		1
4- 18 60000805				QUARTO COL					O PRIVATIV			1
5- 18 60024151		AL	UGUELTA	XA DE APAR	ELHO/I	EQUIPA	MENTO PAF	RA ARTR	OSCOPIA F	PAR 1		1
6-	_ _ _ _	.l								_	_	
7-   _	_ _ _ _	!								<u> </u>	-	
8-	_ _ _ _	.									-	
9-	_	.I .I									-ll 	 
11-		 I									-1	 
12-	_ _ _ _	i									_	   _
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto <b>1</b>	orizadas 41	- Tipo de A	Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora /	CNPJ autorizado	43 - 1			orizado						——	44 - Código CNES
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local / UNIORT E ORTOPEDIA						LIZADA	LTDA				11	6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/09/2023 / Empresa / Titular: NUVIT COMERCIO E REPRESENTACAO AGRICOLA LTDA  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	sinatura d	o Profission	al Solicitante	48 - Assina	atura do B	eneficiário ou F	Responsáv	el 49 - Ass	inatura do	Responsávo	el pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	<u> </u>	- Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		92431309		92431309	04/09/2023 18:06		92431309		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000052241222									
8 - Nome									
MARIA EDUARDA MA	RCHEZINI								
Dados do Profissional Solid	itante								
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	11	- E-mail				
CESAR EDUARDO CA	STRO FERREIRA MAF	RTINS							
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM INDICAÇAO CLINICA EM I	NEXO NEXO								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do 21 - Registro ANVISA do Mat		Descrição 22 - Referência do material r	no fabricanto	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado		
1- 00 00590045		MINA PARA SHAVER SETOR		I I 1		1	,		
80777280006	27.11		DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-ı · ı			
2- 00608459	PO	NTEIRA DE RF 90GRAUS ES	STRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA			_  1	,		
80082910131		ARTHROM COMERCIO	DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
3-	_ _ _				_	_	,		
	_ _ _				_	_ _			
4-   _	_ _ _				_	_	,		
	_ _ _				_ _ _ _	_			
5-	_ _ _				_	_	_ _ , _		
	 		-		_		_ _ , _		
	_    				_	-ı ııı ı -			
24 - Especificação do Materia									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/09/2023 / Empresa / Titular: NUVIT COMERCIO E REPRESENTACAO AGRICOLA LTDA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				