

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90542603

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núme	ro da Guia Atri	buído pela Opera	dora		005	12603				
		F Conho	1	C Data da Valid	dada da Canha	905 <u>4</u>	12003				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 20/03/2023 11:00		90542603	90542603 6 - Data de Validade da		3						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira	9	- Atendiment					
0050000002028363			30/06	5/2023		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome APARECIDA BOSSO FAILE											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04			13 - Nome do Co UNIORT E O	RTOPEDIA E	SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profissional					15 - Coi	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 0 21679			nselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Loc	al Solicit	tado / Dados o	da Internação								
19 - Código na Operadora			•	al / Local Solicitad	0				21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04				OPEDIA ESPE						2023 00:0	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 -	Tipo de Internaç C	ção 24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtde. Diária		26 - Pr	evisão de uso de OPM S	E 27 - F	Previsão de (uso de Quimioterápico
29 - CID 10 Principal (opc	onal)	30 - CID 10(2)	(oncional) 3	1 - CID 10(3) (opc	rional) 32 - Cl	D 10(4) (opcia	nal)	33 - Indicação de Ac	irlente (a	sidente quid	oenca relacionada)
23 OID TOT IIIIcipai (ope	orial)	30 - 015 10(2)	(Operorial)	1 012 10(0) (000	Jonaly 32 Of	D 10(4) (Opcio	ilai)	oo - maicação de Ac	,	9	ocniça relacionada)
Procedimentos ou Itens											
1- 22 3072009 2- 18 6000080 3-	5	cedimento	FRATURA E	QUARTO COL	ETIVO DE 2 L	EITOS CON	I BANH		OT 1		c. 38 - Qtde. Aut. 1 1
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adn	nissão ho	spitalar 40 -	Qtde Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de Acomod	ação autorizad	da				
									44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/03/2023 / Empresa / Titular: APARECIDA BOSSO FAILE 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

·	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	90542603		90542603	20/03/2023 11:00		90542603
Dados do Beneficiário	Loo Nove Over					
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000002028363						
8 - Nome	A.I. C					
APARECIDA BOSSO F						
Dados do Profissional Solici		140 Telefore	1[4	1 5 1		
9 - Nome do profissional solicit CARLOS EDUARDO Mo		10 - Telefone		1 - E-mail		
	DIOGRA					
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica						
FRATURA DE RADIO						
FRATURA DE RADIO						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do N		Adv. fel deven		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 72243562		RAFUSOS BLOQUEADOS VERSALOCK DE	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1	_ _ ,
10247700102		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		_ '	-
2- 00 72375949		PARAFUSOS VERSA TORXDRIVE - 223-24-22	8		l 8	
10247700109		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				1
3- 00 72375396	FAMILIA DE MICRO E MINI F	PARAFUSOS VERSA TORXDRIVE - 308-13-11	<u> </u> 2	_ _ _ ,	_ 2	,
10247700109	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- _				_	_	_ _ , _
				_ _ _ _	_ _	
5- _				_ _ _ _ _	_ _	,
				_ _ _ _	_ _	
⁶⁻ _ _ _ _ _				_	_	_ _ , _
04					_ll 	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 20/03/2023 / Empresa / Titular:	APARECIDA BOSSO FAILE				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
				, ,		