

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90694020

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90694020 4 - Data da Autorização 31/03/2023 11:59 5 - Senha 90694020 6 - Data de Validade da Senha 03/06/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 8650003539582000 8 - Validade da Carteira 30/09/2023 9 - Atendimento de RN N 50 - Nome Social 10 - Nome GABRIEL HORIUTI MOURO								
31/03/2023 11:59 90694020 03/06/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 8650003539582000 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN N 10 - Nome GABRIEL HORIUTI MOURO								
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8650003539582000 8 - Validade da Carteira 30/09/2023 9 - Atendimento de RN N 50 - Nome Social								
7 - Número da Carteira								
8650003539582000 30/09/2023 N 50 - Nome Social 10 - Nome GABRIEL HORIUTI MOURO								
10 - Nome GABRIEL HORIUTI MOURO								
GABRIEL HORIUTI MOURO								
GABRIEL HORIUTI MOURO								
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado								
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								
14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional	16 - Número do Cor	nselho 17 - UF	18 - Código CBO					
CARLOS EDUARDO MOTOOKA 06	21679	41	225270					
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação		-,						
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado	- 11	21 - Data sugerida						
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA		01/04/2023 00						
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pro 2 1 1	revisão de uso de OPM S	E 27 - Previsão d	e uso de Quimioterápico					
28 - Indicação Clínica			11					
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional)	ARPEANA COM U HEIRO PRIVATIVO	9 37 - Qtde. S S 1	olic. 38 - Qtde. Aut. 1 1					
6-								
1 1								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104								
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/03/2023 / 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								





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

· II	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		90694020		90694020	31/03/2023 11:59	90694020				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
8650003539582000										
8 - Nome										
GABRIEL HORIUTI MOURO										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	11	- E-mail					
CARLOS EDUARDO MO	OTOOKA									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricanto	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização		itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado				
1- 00 72375558			PARAFUSOS VERSA TORXDRIVE - 308-15-16	1 1 2		_ 2 _ ,				
10247700109			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
2- 19 76219453	FAM	MILIA DE PLACAS ESPEC	CIAIS VERSA PARA MICRO E MINI FRAGME	1 1		_ 1 _ ,				
10247700113		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _						
3- 00 72375884	FAN	MILIA DE MICRO E MINI P	ARAFUSOS VERSA TORXDRIVE - 223-24-10	6	_ _ _ ,	_ 6 _ ,				
10247700109			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _						
4- 00 00193178	FIO	KIRSCHNER 0,8X300MM	40012300080	<u>2</u>		_ 2 _ ,				
10223680050										
5-	-				_	_				
6-	- 	IIIIII				 _				
					_	- - ; _ _				
24 - Especificação do Material						<u>- i i i </u>				
25 - Observação / Justificativa	70 0000 / E- ''' 011	20/0000 / 5 / 77: :	OFNITRAL NACIONAL LINUATED COORERATIVA CE	NITOAL						
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/03/2023 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					