

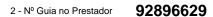
## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92896629

(Via HOSPITAL)

		_									
1 - Registro ANS 343269	- Número da G	Guia Atribuído	pela Opera	adora		!	92896629				
4 - Data da Autorização 19/10/2023 0	5 - Ser		2896629	6 - Data de Vali	dade da Sent 18/12/			•			
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
0050000036436430 05/12/2025							N				
50 - Nome Social											
50 - Notine Social											
10 - Nome  FABIANA AKEMI MU	RAGUCHI										
Dados do Contratado Sol	icitante										
12 - Código na Operadora		13 -	Nome do C	ontratado							
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E O	RTOPEDIA E	SPECIALI	ZADA LTD	Α				
14 - Nome do Profissional S	olicitante				15	- Conselho Pr	rofissional	16 - Número do	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
CESAR EDUARDO C	ASTRO FE	RREIRA M	IARTINS		06	06 22343				41	225270
Dados do Hospital / Loca	Solicitado / [	Dados da Int	ernação								
19 - Código na Operadora /	CNPJ	20 - Nome	e do Hospita	al / Local Solicitad	lo				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UNIOR	TE ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZAD	A LTDA			25/10/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de	Internação	ıção 24 - Regime de Internação 25 - 0			Diárias Solicita	idas 26 - Pr	revisão de uso de OPME 27 - F		Previsão de uso de Quimioterápico	
1		C		1		1		s			N
28 - Indicação Clínica											
29 - CID 10 Principal (opcio	nal) 30 - C	ID 10(2) (opci	ional) 3	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32	? - CID 10(4) (	opcional)	33 - Indicação do	e Acidente (a	cidente ou c 9	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens A	Lacistansisis (	Solicitodos									
	do Procedime		· Descrição						37	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30734053			-	UCAO, RETEN	CIONAME	NTO OU R	EFORCO D	E LIGAMENT		Qtue. Ooi	1
2- 98 08011980	J			SCOPIA DE T					1		1
3- <b>18 60024151</b>		AL	UGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EG	UIPAMEN	TO PARA A	ARTROSCOPIA	A PAR 1		1
4-   _		<u> </u>							_	_	_
5-		<u> </u>							_	_	_
6-	_ _ _ _	<u> </u>							_	_  _	_ _ _
7-		<u> </u>							_	_	
8-		<u> </u>							_	_	_
9-	_ _ _ _	<u> </u>							<u> </u> _	_  _	
10-		<u>  </u>							<u> </u> _	_	<u>   </u>
	_ _ _	<u>  </u>							<u> </u> _	_	
12-		<u> </u>							l_	_	_
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admis	ssão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut <b>1</b>	torizadas 41		modação aut	orizada				
42 - Código na Operadora	CNPJ autoriz	ado   43 -	Nome do H	ospital / Local Aut	torizado						44 - Código CNES
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 19/10/2023 / Empresa / Titular: NPR2 EMPREENDIMENTOS IMOBILIARIOS LTDA											
46 - Data da Solicitação	47	- Assinatura c	do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatu	ra do Benefic	iário ou Resp	onsável 49 - A	ssinatura do	Responsáv	el pela Autorização



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

Unimed A

	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha	5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela							
343269		92896629		92896629	19/10/2023 09:58		92896629				
Dados do Beneficiário		T									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000036436430											
8 - Nome											
FABIANA AKEMI MURA	AGUCHI										
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicit	tante		10 - Telefone	11	I - E-mail						
CESAR EDUARDO CAS	STRO FERREIRA MAR	RTINS									
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica											
INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A											
INDIOAÇÃO OLINIOA LIVI A	INEXO NEVALIDAN A OC	JAI 32242320									
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do N 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado				
1- <b>00 00590045</b>		MINA PARA SHAVER SET		I I 1	de Funcionamento	1	,				
80777280006	LAII		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-	_  '					
2- 00 76221229	ANO		ERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR			2	_ ,				
10247700123			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_1 -	1				
3- <b>00622494</b>	GAI	NCHO COMPRESSAO SU	TURA BIP 74201000			_  1	_ _ , _				
80356130057		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	   _ _ _ _		_,					
4-					_	_	,				
5-   _					_	_	,				
	_ _ _				_ _ _ _	_ _					
6-   _					_	_	,				
				_ _ _ _	_ _ _ _						
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa		40/0000 / F / Titules:	AIDDO EMPREENDIMENTOS IMORII IADIOS I TRA								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/10/2023 / Empresa / Titular: NPR2 EMPREENDIMENTOS IMOBILIARIOS LTDA											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização						
	11			11							