

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92291835

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3	- Número	o da Guia Atri	buído pela Opera	adora							
343269			,,			9229	1835				
4 - Data da Autorização	11	5 - Senha		6 - Data de Valid							
22/08/2023 1	6:58		92291835		21/10/2023						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
0050000035481512			11	1/2025		N	do INI				
50 - Nome Social											
10 - Nome											
NICOLE SOLCI VIOL	NICOLE SOLCI VIOLATO										
Dados do Contratado Sol	icitante		12 Nome de C	antrata da							
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C	ONTRATAGO ORTOPEDIA ES	SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profissional S	Solicitante	 e	0			selho Profissio	nal 1	6 - Número do Cor	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
CESAR EDUARDO C			RA MARTINS		06		- 11	22343		41	225270
Dados do Hospital / Loca	l Solicita	ado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operadora /	CNPJ	11		al / Local Solicitado					21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UN	IIORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L	ΓDA			26/08/2	023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - T	ipo de Interna	ção 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde. Diária	Solicitadas	26 - Previ	isão de uso de OPM	E 27 - F	revisão de i	uso de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica		С		1	1			S			N
29 - CID 10 Principal (opcio	nal)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CII	10(4) (opcion	al) 33	3 - Indicação de Ac		idente ou d 9	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens A			dos								
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30734053		edimento	36 - Descrição	LICAO DETEN	CIONAMENTO	OU DEFOR	CO DE	LIGAMENTO -		- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 30710022								ALICAS INTRA			1
3- 18 60000805	;							IRO PRIVATIVO			1
4- 18 60024151			ALUGUELT	AXA DE APARI	ELHO / EQUIP	AMENTO PA	ARA AR	TROSCOPIA PA	AR 1		1
5-	- - - 								 		
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada											
39 - Data provaver da Admi	5540 1105	spitalal 140	1	1	- Tipo de Acomoda	içao autorizad	a				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado43 - Nome do Hospital / Local Autorizado44 - Código CNES10.246.214/0001-04UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA6528104											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/08/2023 / Empresa / Titular: ANA CAROLINA SOLCI 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização									el pela Autorização		



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed &

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

1 0	Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora
343269		92291835		92291835	22/08/2023 16:58	9229183
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social				
0050000035481512						
8 - Nome						
NICOLE SOLCI VIOLATO						
Dados do Profissional Solicitan	ite					
9 - Nome do profissional solicitant			10 - Telefone	1	1 - E-mail	
CESAR EDUARDO CAST	RO FERREIRA MAR	TINS				
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANE	-vo					
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANE	XO					
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do Mate	erial 15 - I	Descrição		16 - Opção 17 - Qtd	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	
1- 00 00590045	LAN	MINA PARA SHAVER SET		1	,	_ 1 _ ,
80777280006		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
2-	_ _ _					
3-						
	 					_ _
4-						
	_ _ _					_ _
5-	_ _ _				_ _ _ , _	_
	_ _ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _
6- _	_ _ _ _				_	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3372	2-0900 / Emitido em 22/0	08/2023 / Empresa / Titular: /	ANA CAROLINA SOLCI			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização	
20 - Data da Sulleitação	Zi - Assiliatura do Fit	onooional Oulotaine		20 - Assiriatura ut	o mosponsavci pela nulonzação	