

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90739290

(Via HOSPITAL)

[4 Building AND	N/ l. O i	Accil (1)		To an								
1 - Registro ANS 343269	Número da Guia	Atribuido	pela Operad	dora			907392	290				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 90739290 6 - Da			6 - Data de Val		enha 06/2023							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Vali	dade da Carteira	а	9 - 7	Atendimento d	e RN	]			
0050000043717198 29/07/2023				/2023			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome ISILDA APARECIDA FERNANDES												
Dados do Contratado Soli	citante											
12 - Código na Operadora	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado											
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E O	RTOPEDIA E	SPECIA	LIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ					15 - Conselho Profissional 16 - Número do 17905				Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270			
			ornação								<u> </u>	223270
Dados do Hospital / Local  19 - Código na Operadora /			-	I / Local Solicita	do				1	21 - Data	eugerida n	ara Internação
19 - Código na Operadora / CNPJ20 - Nome do Hospital / Local Solicitado21 - Data sugerida para10.246.214/0001-04UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA10/04/2023 00:00								-				
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime	e de Internação 1	25 - Qto	de. Diárias : <b>2</b>	Solicitadas 2	26 - Previsão	o de uso de OPI	ME 27 - F	Previsão de ι	so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM	ANEXO											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (			opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33 -			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  9			
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Soli	citados										
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 98 08011081 4- 18 60024151 5-		REI OS PC	TEOCONI T ARTRO UGUELTA	I SUTURA DE DROPLASTIA SCOPIA DE J IXA DE APAR	A - ESTAI JOELHO RELHO /	BILIZACA UNIORTI EQUIPAI	AO, RESSE E - ENF MENTO PAR	CCAO E/	OU PLASTIA	SC 1 A# 1 1	- Qtde. Solid	2. 38 - Qtde. Aut.  1 1 1 1
10-		i I I								   		
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto <b>2</b>	orizadas 41	I - Tipo de	Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do H				spital / Local Autorizado 44 - Código C						44 - Código CNES <b>6528104</b>		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/04/2023 / Empresa / Titular: FAST ARIAM EQUIPAMENTOS LTDA												
46 - Data da Solicitação	47 - As	sinatura d	o Profission	al Solicitante	48 - Assin	atura do B	eneficiário ou l	Responsáv	el 49 - Ass	inatura do	Responsáve	el pela Autorização



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

Unimed A

	_					
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pe	·
343269	90739290		90739290	04/04/2023 17:38		90739290
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000043717198						
8 - Nome						
ISILDA APARECIDA FE	ERNANDES					
Dados do Profissional Solici	itante					
9 - Nome do profissional solici	tante	10 - Telefone	11	- E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVI	EIRA QUEIROZ					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M	Material 15 - Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20 -	Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET		_  1	_ _ _ ,	_  1  _	_ _ _ ,
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 00 00116700		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1		_  1  _	_ _ ,
80743230025	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3-			-	_	_	_ _ _ ,
4-					 _	_ _ , _
			-		-, ,,_, ,, , _ _	
5-			_		 _	_ _ , _
6-   _			-  _   _ -	_	_	_ _ _ ,
					_	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 04/04/2023 / Empresa / Titular:	FAST ARIAM EQUIPAMENTOS LTDA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		