

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91270947

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269												
		91270947 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha										
4 - Data da Autorização 22/05/2023 09:39		5 - Senha 91270947		6 - Data de Vall	dade da Senna 24/07/2023							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN												
9767333062492005 N												
50 - Nome Social												
10 - Nome SERGIO RIOS												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA												
14 - Nome do Profissional Solicitante						15 - Conselho Profissional 16 - Número						
CARLOS EDUARDO MOTOOKA 06 21679 41 225270 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação												
19 - Código na Operado			•	al / Local Solicitad	do .				21 - Data	a sugerida n	ara Internação	
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 21 - Data sugerida para Internação 26/05/2023 00:00												
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Inter		•	ação 24 - Regime de Internação 1		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2		26 - Pre	Previsão de uso de OPME 27		27 - Previsão de uso de Quimioterápico N		
28 - Indicação Clínica												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)												
20 0.2 10 1 mio.pa. (op	oloria.)	00 012 10(2	, (opolonial)	0.2 .0(0) (0)	92 0.2	(.) (.)		- Indiadydd do 7 i		9		
Procedimentos ou Iter												
1- 22 307224 2- 18 600008 3-	305 	ocedimento	DIARIA DE		ETIVO DE 2 LE			EIRO PRIVATIV	1	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1	
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admissão hospitalar de la composition de la composição autorizada de la composição de la												
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LT											44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/05/2023 /AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MEDICAS 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profission	nai Solicitante	46 - Assinatura do	beneticiario oi	ı kespo	onsavei 49 - Assi	natura do	kesponsáv	eı pela Autorização	



Unimed A

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

343269 91270947 91270947 91270947 22/05/2023 09:39	91270947										
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social											
9767333062492005											
8 - Nome											
SERGIO RIOS											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail											
CARLOS EDUARDO MOTOOKA											
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica											
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO											
INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM											
ACTORIZADA CONTORNIL UNINILO DE ORIGENI											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento	or Unitário Autorizado										
·	_ ,										
80083650087 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ ,										
2-											
3-	_ ,										
4	_ ,										
	_ ,										
	_ ,										
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/05/2023 /AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MEDICAS											
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
20 - Assiriatura do Fronsaver pela Autorização											