

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92761367

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora							
343269							1367				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid							
05/10/2023	11:28		92761367		04/12/2023						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 0050000031624351			11	lidade da Carteira 5/2025		- Atendimento	de RN				
			20/0	5/2025							
50 - Nome Social											
10 - Nome											
VANDA SUELI DA (	COSTA	DE OLIVEI	RA								
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C	ontratado ORTOPEDIA ES	SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profissiona		ite				selho Profissio	nal 1	6 - Número do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
JOSE EVERALDO	PEDRO	LLO FILHO			06		23237			41	225270
Dados do Hospital / Loc	cal Solici	tado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operadora		11		al / Local Solicitado					21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UN	IIORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L	ΓDA			10/10/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendiment	o 23 -	Tipo de Interna	ção 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Previ	isão de uso de OPN	ЛЕ 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica		С		1	1			S			N
29 - CID 10 Principal (opc	cional)	30 - CID 10(2	) (opcional) 3	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CIE	0 10(4) (opcion	al) 33	3 - Indicação de Ad	,	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens	Assiste	nciais Solicita	dos								
34 - Tabela 35 - Códig		cedimento	36 - Descrição							- Qtde. Soli	
1- 22 3071307 2- 22 3072804				DE ENXERTO ( E AO NIVEL D		. TDATAM	ENTO C	IDIIDGICO	1		1
3- 22 3072812				E/OU LUXACO					-		1
4- 18 6000038	34		DIARIA DE	ACOMPANHAN	ITE COM REFE	ICAO COM	PLETA		1		1
5- 18 6000080	05		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2 LE	ITOS COM	BANHE	IRO PRIVATIV	0 1		1
6-	_  _									-	
7-   _   _   _   _   _   _   _   _   _	_  _	_  							_	_lll l l	 
9-	_	 							_		   _
10-	_ii_								i_	_	
11-  _	_	_							_	_	_
12-	_  _	_								_	_
Dados da autorização							_				
39 - Data provável da Adr	nissão ho	ospitalar   40 ·	- Qtde Diárias Aut <b>1</b>	torizadas 41 ·	- Tipo de Acomoda	ıção autorizada	a				
								44 - Código CNES <b>6528104</b>			
45 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/10/2023 / Empresa / Titular: PAULO DE OLIVEIRA											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário οι	Respons	sável 49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



## 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	11	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído				
343269	92761367		92761367	05/10/2023 11:28		92761367			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social								
0050000031624351									
8 - Nome									
VANDA SUELI DA COS	STA DE OLIVEIRA								
Dados do Profissional Solic	itante								
9 - Nome do profissional solici		10 - Telefone	11	1 - E-mail					
JOSE EVERALDO PED	ROLLO FILHO								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do I	Material 15 - Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	zitado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
1- 78960720		ACAS PARA ARTRODESE DE TORNOZEL	1		_  1	,			
10247700129		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
2- <b>77326520 10244700017</b>		A SINTESE OSSEA GM - 106-40-15-30 - MIN	3		_  3	,			
3- <b>00</b> 100591841		ALOCK PARA TORNOZELO GMREIS - 314-0			1	,			
10247700147		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_   -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -	-l '				
4-		70 DE IIII EXIVEDURI OF EDIOGOET DA			_	,			
						1			
5-					 _l	_ _ , _			
6-				_   _ _ , _	_	,			
		_ _ _			_ _				
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 05/10/2023 / Empresa / Titular: P	PAULO DE OLIVEIRA							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					