



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

**89816469**

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>89816469</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>12/01/2023 16:52</b>	5 - Senha <b>89816469</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>28/03/2023</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário		
7 - Numero da Carteira <b>8650003798461005</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
10 - Nome <b>EVELYN MARIA FERREIRA FRANCISCO</b>		11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora <b>10.246.214/0001-04</b>		13 - Nome do Contratado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>BRUNO BOSIO DA SILVA</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>32301</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ <b>10.246.214/0001-04</b>		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			21 - Data sugerida para Internação <b>28/01/2023 00:00</b>
22 - Caráter de Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>2</b>	24 - Regime de internação <b>1</b>	25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>

28 - Indicação Clínica <b>FRATURA DE CLAVICULA</b>					
---	--	--	--	--	--

29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10(2) (opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>
-------------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	---

## Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b>	<b>30717167</b>	<b>TRANSFERENCIAS MUSCULARES AO NIVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CI</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30717078</b>	<b>ESCAPULA EM RESSALTO - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar       /       /	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>	41 - Tipo de acomodação autorizada <b>1</b>	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>10.246.214/0001-04</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>		44 - Código CNES <b>6528104</b>

45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04753294900 em 12/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM//01x CHAVE DE PLACA DE PEQUE NOS FRAGMENTOS: instrumental / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL			
---	--	--	--

46 - Data da Solicitação       /       /	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	--	---



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

2 - N°

**89816469**

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89816469</b>	4 - Senha <b>89816469</b>	5 - Data da Autorização <b>12/01/2023 16:52</b>	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora <b>89816469</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

### Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>8650003798461005</b>	8 - Nome <b>EVELYN MARIA FERREIRA FRANCISCO</b>
---	--

### Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>BRUNO BOSIO DA SILVA</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

### Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
FRATURA DE CLAVICULA
FRATURA DE CLAVICULA
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM//01x CHAVE DE PLACA DE PEQUENOS FRAGMENTOS: instrumental

## OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Item	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do material			22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento			
1- <b>81544220019</b>	<b>100457630</b>	<b>FIO DE SUTURA NAO ABSORVIVEL DE ALTA RESISTENCIA MONOFILAM</b>	<b>2</b>		<b>2</b>		
		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>					
2-							
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material

#### 25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04753294900 em 12/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM//01x CHAVE DE PLACA DE PEQUE  
NOS FRAGMENTOS: instrumental / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>