

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94510673

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·										
343269	10	9451067									
4 - Data da Autorização 22/03/2024 14:28		5 - Senha   6 - Data 94510673		6 - Data de Valid	ata de Validade da Senha 21/05/2024						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira		9 - Atendimen	to de RN				
0050000035339236		N	1								
50 - Nome Social											
10 - Nome IOLANDA TOLEDO PERAZOLO											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissional Solicitante  MARCO MAKOTO INAGAKI						15 - Conselho Profissional 16 - Número do <b>28767</b>			onselho	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Lo			la Internação							][	
19 - Código na Operadora			-	al / Local Solicitad	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04	CIALIZADA	LTDA			1	2024 00:0	=				
22 - Caráter do Atendiment  1	11 '		ão 24 - Regime de Internação 25		25 - Qtde. Dia	- Qtde. Diárias Solicitadas 26 - P		evisão de uso de OPME 27 -		Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica							-				
29 - CID 10 Principal (opcional)   30 - CID 10(2) (opcional)   31 - CID 10(3) (opcional)						CID 10(4) (opcid	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens											
		edimento								- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 3073123 2- 22 3073129				ICAO UNICA D	DE TENDAO				4		4
2- 22			TENOTOMIA HALLUX VA	LGUS (UM PE	) - TRATAME	NTO CIRUR	GICO		1		1
4- 22 307292				-	•			FALANGES - TR	AT 4		4
5- 18 600008	05		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2	LEITOS CON	/I BANH	IEIRO PRIVATIV	0 1		1
6-   _    _	_  _	_ _ _							_	_	_ _ _
7-	_  _								L	_  _	_
8-	_	_ _ _								_  _	_
9-	_	_ _ _								_	<u>   </u>
10-	_								-	_	
11-       _   12-	_   _ 	 							- 	_   	 
											III
Dados da autorização 39 - Data provável da Ad	niceão hos	nitalar 140	Qtde Diárias Aut	torizadae A4	- Tipo de Acom	ndacão autoriza	ıda				
55 - Dala provaverda Adi	illosau IIUS	pricaidi   40 -	Qtde Diarias Aut	1	- TIPO GE ACOM	nayau aulunza	iua				
											44 - Código CNES <b>6528104</b>
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/03/2024 / Empresa / Titular: SKY MOTOS LTDA											
Telefone Contratado. (13/33/12-0300 / Enfittuo en 22/03/2024 / Eniplesa / Titular. St.T MOTOS ETDA											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	tura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura	do Beneficiário	ou Respo	onsável 49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 94510673 94510673 22/03/2024 14:28 94510673 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000035339236 8 - Nome **IOLANDA TOLEDO PERAZOLO** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail MARCO MAKOTO INAGAKI Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE HÁLUX VALGO, METATARSALGIA DE SOBRECARGA, PODODÁCTILOS EM GARRA E BUNIONETTE EM 5º METATARSO DIREITO, POSSUI INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 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 75607522 PARAFUSOS DE COMPRESSAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES F 81118460005 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00193178 FIO KIRSCHNER 0.8X300MM 40012300080 2- 00 10223680050 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/03/2024 / Empresa / Titular: SKY MOTOS LTDA 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização