

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90489183

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N	Número da Guia /	Atribuído p	ela Operad	lora								
343269							90489	183				
4 - Data da Autorização 15/03/2023 09:55 5 - Senha 90489183 6 - Data de				6 - Data de V		Senha 05/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN												
9942120530254007 N												
50 - Nome Social												
10 - Nome POLYANA KELLY MARTINS												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado											
10.246.214/0001-04		UNIC	ORT E OF	RTOPEDIA	ESPECIA							
14 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL MAURICIO BELETATO					15 - Conselho Profissional 16 - Número do 28806				Conselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dado	os da Inter	rnação									
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 21/03/2023 00:00											•	
22 - Caráter do Atendimento							Solicitadas	26 - Previs	Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
1	С			1		1			S			N
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) 9			
Procedimentos ou Itens Ass											O: : -	00.00
1- 22 30731127 2- 22 30729181 3- 22 30729203 4- 18 60000554 5-	Procedimento	TEN HAL OST	LUX VAL EOTOMI RIA DE A	IA DE TENI LGUS (UM F A OU PSEU APARTAME	PE) - TRA DARTRO NTO SIMI	TAMENT SE DOS PLES	O CIRURGI METATARS	SOS/FAI		1 1	- Qtde. Soli	2. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
Dados da autorização								_				
39 - Data provável da Admissa	ão hospitalar 4	10 - Qtde D	Diárias Auto 1	- 11	11 - Tipo de 12	Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado				DIA ESPECIALIZADA LTDA						11	44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/03/2023 /CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO / Empresa / Titular: UNIMED SEGURAD ORA S/A 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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha			5 - Data da Autorização	do pela Operadora			
343269		90489183			90489183	15/03/2023 09:55		90489183		
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
9942120530254007										
8 - Nome										
POLYANA KELLY MAI	RTINS									
Dados do Profissional Solid										
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone		11	- E-mail				
RAFAEL MAURICIO B	ELETATO									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM , INDICAÇAO CLINICA EM , CONFORME PARECER D	ANEXO	JTORIZADO								
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição			16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado					
21 - Registro ANVISA do Mat		ial no fabricante		23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
1- 00 75607298 81118460005				•-	_ 2		_ 2	_ _ , _		
2- 00 00245097	EDI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO ANEA DE PE WED65H 2,9MM 97		_	_	1 4			
80356130085	FKI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDIC		_ '		_ 1	_ _ , _		
3- 00	EDI		ANEA DE PE SHS65H 2,2MM 978				1			
80356130085	IN		CIO DE IMPLANTESORTOPEDIC	•	_, '		_ '			
4-1 1 1 1 1 1 1 1 1		ARTIMOM COMER	NO DE IMI ENTREGORTOT EDIO	I	!!!! ! ! ! !		1 -	_ _ _		
		111111		'- 	ı	_	-I	IIII'III		
	 	111111		-ii	- 		 _	_ _ ,		
		111111			_, , <u>,</u> 	_,	-ı ı—ı—ı—ı 	1-1-1-1-111-1-1		
6-					,,,,,		_,, _	,		
	 			 _	 					
24 - Especificação do Materia										
25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)	3372-0900 / Emitido em 15/	03/2023 /CONFORME PARE	CER DA UNIMED DE ORIGEM AU	TORIZADO / Empre	sa / Titular: UNIME	ED SEGURADORA S/A				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	oficcional Caliaitanta			20 Appingture de	Posponoával polo Autorização				
20 - Data da Solicitação	Zi - Assinatura do Pr	Unssional Suicitante			20 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				