

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95218990

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núme	ro da Guia Atri	buído pela Opera	adora		052	18990				
	11	5 Conho		6 - Data de Valid	dada da Canha		10330				
4 - Data da Autorização <b>22/05/2024 15:01</b>		5 - Senha <b>95218990</b>		o - Data de Valid	21/07/2						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira		9 - Atendimen	to de RN				
0050000014063533			24/04	4/2026		N	1				
50 - Nome Social											
10 - Nome MARILZA APARECIDA MACCAL											
Dados do Contratado S	Solicitante	1									
12 - Código na Operadora   13 - Nome do Contratado   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissiona <b>GUILHERME JOSE</b>			CANA		15 - <b>06</b>	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 30165			Conselho 17 - UF 18 - Código CE 41 225270		18 - Código CBO
								30163		41	223270
Dados do Hospital / Loc 19 - Código na Operadora			-	al / Local Solicitado				1	21 Dot	o cugorido p	ara Internação
10.246.214/0001-04		11		OPEDIA ESPE		LTDA			1	2024 00:0	=
22 - Caráter do Atendiment  1	23 -	Tipo de Interna <b>C</b>	ção 24 - Regim	24 - Regime de Internação <b>1</b>		5 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - P		revisão de uso de OPI <b>S</b>	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica RECONSTRUCAO RE	TENCION	JAMENTO O	I PEEODOO D	OLIGAMENTO							
29 - CID 10 Principal (opc	sional)	30 - CID 10(2	) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32	CID 10(4) (opci	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
										9	
Procedimentos ou Itens									07	. Otd. C.	- 00 Otd- A.d
34 - Tabela 35 - Códig 1- <b>22 307330</b> 3	-	cedimento	36 - Descrição		REMOCAO	E CORPOS I	IVRES	i) - PROCEDIMEI		- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 3073307				•				O LIGAMENTO			1
3- <b>22 307312</b>	16			ICAO DE MAIS					1		1
4- 18 6000080	05		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2	LEITOS COM	I BANH	HEIRO PRIVATIV	0 1		1
5- 18 600241	51		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQI	IPAMENTO I	PARA A	ARTROSCOPIA F	PAR 1		1
6-   _	_	_ _ _								_  _	<u>   </u>
7-	_									_	
8-	_								-	_	
9-            10-	 -	 							- 	_ll _l   l	 
11-		II							 	_!! 	 
12-									-  _	_   _	   _
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adr	missão ho	spitalar 40	Qtde Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de Acor	odação autoriza	ida				
,			1	1	.,,						
42 - Código na Operadora		autorizado	•	ospital / Local Auto		ADA L TDA					44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/05/2024 / Empresa / Titular: MARILZA APARECIDA MACCAL											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatura	do Beneficiário	ou Resp	onsável 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

· · ·	3 - Número da Guia Referen	rciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	<b>!69</b>			95218990	22/05/2024 15:01		95218990
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000014063533							
8 - Nome							
MARILZA APARECIDA	MACCAL						
Dados do Profissional Solic	tante						
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
GUILHERME JOSE MIN	ASAKI PIOVESANA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica RECONSTRUCAO, RETEN RECONSTRUCAO RETEN							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M	Material 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	zitado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 72320915	DIS		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	_  1	_ _ ,	_  1	,
80044680067	DAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			1 4	
2- <b>00 00597007 80044680085</b>	PAI		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>                                     </u>	_	_  1	,
3- <b>00 00499293</b>	CAI		AO OB F 2,9X5,5MM 892350000			l 1	,
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		-ı ·	1
4-   _   _   _   _   _   _   _   _   _						_   _ _  _ _  _   _  _ _  _   _  _	
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 22/	'05/2024 / Empresa / Titular:	MARILZA APARECIDA MACCAL				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		