

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94779437 (Via HOSPITAL)

	" / 1								
1 - Registro ANS 343269 3 - Número da Guia Atr	ribuido pela Operadora	94779	9437						
4 - Data da Autorização 15/04/2024 17:55	94779437	ade da Senha 31/05/2024							
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento	de RN						
9941215255012006	31/05/2024	N N							
50 - Nome Social									
10 - Nome FABIANE MATOS DOS SANTOS									
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado	DEGIALIZADA I TDA							
10.246.214/0001-04 14 - Nome do Profissional Solicitante	UNIORT E ORTOPEDIA ES		nal Ido Nómana da O						
JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO	15 - Conselho Profissio 06	16 - Número do C 23237	onselho 17 - UF 18 - Código CBO 41 225270						
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados	da Internação								
, ,	- Nome do Hospital / Local Solicitado NIORT E ORTOPEDIA ESPEC	CIALIZADA LTDA		21 - Data sugerida para Internação 16/04/2024 00:00					
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Interna	ação 24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OP	ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico					
2 C	1	2	S	N					
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2	2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcio	onal) 32 - CID 10(4) (opcion	al) 33 - Indicação de A	cidente (acidente ou doença relacionada)					
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicita									
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1- 22 30727138 2- 22 30710057 3- 22 30728142 4- 18 60000805 5-		EXTERNOS AGUDAS AO NIVEL DO T	ORNOZELO - TRATAI BANHEIRO PRIVATIV	1 1 ME 1 1					
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40	- Qtde Diárias Autorizadas 41 -	Tipo de Acomodação autorizada	а						
42. Cádigo no Oceandara / CND Lautaria L	1 1	izado		AA Oddin ONEO					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04	43 - Nome do Hospital / Local Autor UNIORT E ORTOPEDIA ES			44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização									



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

· ·	3 - Número da Guia Referenciada 4 - Se		- Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		94779437		94779437	15/04/2024 17:55		94779437	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
9941215255012006								
8 - Nome								
FABIANE MATOS DOS	SANTOS							
Dados do Profissional Solic	itante							
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail			
JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO								
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica FRATURAS DE TIBIA ASS FRATURAS DE TIBIA ASS AUTORIZADO CONFORMI	OCIADA OU NAO A FIBUL							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	zitado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 72258071		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4		
10247700051	371		E FIXACAO RIGIDA DE PLACAS RETAS BLO CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_	_ 1	_ _ , _	
2- 00 00155144	на		OQUEADA DE TIBIA (INCLUI PARAFUSOS)			1	,	
10209780024			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	' <u>'</u> '		-ı ·	I—I—I—I"I—I	
3-						_	_ _ , _	
					_ _ _ _	_		
4-				_ _ _	_ _ _ , _	_	_ _ , _	
	_ _ _				_ _ _ _ _	_		
5-	_ _				_ _ _ _ _ ,	_ _	_ ,	
						_		
6-	_ _ _					_	,	
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A								
Telefone Contratado. (45)5572-0500 / LITHILIO EIT 15/04/2024 /AOTORIZADO CONFORME OMINIED DE ORIGEM / ETIPIESA / TITUIAI: UNIMIED SEGURADORA S/A								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização			
== Data da Conolidado				l 20 / toomatara de	poriouror pola / tatorizagao			