

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92853894

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - 343269	Número da Guia	Atribuído pe	ela Operadora			92853894				
4 - Data da Autorização	5 - Senha	ı	6 - Data de	e Validade da S	Senha	32033034				
16/10/2023 11	:53	928	53894	15/	12/2023					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 1470000002059982			8 - Validade da Ca	arteira	9 - Aten	dimento de RN <b>N</b>				
50 - Nome Social						IN .				
30 - Nome Oddai										
10 - Nome ANNA JULYA BARCERLAR TEIXEIRA										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	me do Contratado RT E ORTOPED	IA ESPECIA	ΔΙΙΖΔΠΔΙΤ	DΔ				
14 - Nome do Profissional So	olicitante				15 - Conselho I		16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ROBERTO GRANGE	ROBERTO GRANGE GASPARELLI					06 32428			11	225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dad	los da Intern	nação							
19 - Código na Operadora / 0	11		o Hospital / Local So		ZADA LTDA			11	-	ra Internação
10.246.214/0001-04	23 - Tipo de Inte					4-4 1 00 B		20/10/20		
22 - Caráter do Atendimento  1	C C	ernação 22	4 - Regime de Internaç <b>1</b>	;a0   25 - Q	tde. Diárias Solici <b>1</b>	tadas   26 - Pl	revisão de uso de OP	ME   27 - Pre		N
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM	ANEXO									
29 - CID 10 Principal (opcion	21) 30 - CID	10(2) (opciona	al)   31 - CID 10(3	() (opcional)	32 CID 40(4)	(ancional)	33 - Indicação de A	cidente (acid	lente ou de	onca relacionada)
29 - CID 10 Principal (opcional)   30 - CID 10(2) (			ai) 31 - 015 10(0	32 - CID 10(4) (opcional)		9		criça relacionada)		
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Soli	citados								
34 - Tabela     35 - Código       1- 22     30733049       2- 22     30733073       3- 22     30731216       4- 18     60000805       5- 18     60024151       6-	do Procedimento	OSTE RECO TRAN DIAR	escrição EOCONDROPLAS DNSTRUCAO, RE NSPOSICAO DE I IA DE QUARTO GUELTAXA DE A	ETENCIONA MAIS DE 1 1 COLETIVO	MENTO OU F FENDAO - TR DE 2 LEITOS	REFORCO D ATAMENTO COM BANK	OO LIGAMENTO O CIRURGICO HEIRO PRIVATIV	A# 1 CR 1 1 /O 1	       	38 - Qtde. Aut.  1  1  1  1  1
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde Diá	árias Autorizadas	41 - Tipo de	Acomodação a	utorizada				
			1	1						
42 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizado	11	me do Hospital / Loci RT E ORTOPED		ALIZADA LT	DA			- 11	4 - Código CNES 5528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/10/2023 / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO  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 Referer		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuíd	· · ·
343269		92853894		92853894	16/10/2023 11:53		92853894
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1470000002059982							
8 - Nome							
ANNA JULYA BARCEI	RLAR TEIXEIRA						
Dados do Profissional Solid	citante						
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ROBERTO GRANGE G	SASPARELLI						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM / INDICAÇAO CLINICA EM /							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição	St. 61 See		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização I A I I 1	de Funcionamento	1 4	
1- <b>00</b> 70627657 10208610040	PL/		I LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PI CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	LA  _  1		_  1	_ _ , _
2- <b>00</b>	DAI		REABSORVIVEL GENTLE THREADS CA			1 4	
80044680085	PA		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	/B  _  I		_  1	_ _ , _
3- <b>00 00590045</b>	1.41	MINA PARA SHAVER SET		_ _ _  		1	_ _ ,
80777280006	LAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	'		-1 '	-
4-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		AKTIIKOIII OOIIIEK	NO DE IIIII EARTEGORTOI EDIGOGETDA				_ _ , _
	 	111111				-I	IIIII
5-		IIIIII					_ ,
						-ı ı—ı—ı—ı -l l	III'/II
6-		IIIIII				_,, _	,
							1
24 - Especificação do Materia	I						
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,							
25 - Observação / Justificativa	1						
Telefone Contratado: (43)3	3372-0900 / Emitido em 16/	/10/2023 / Empresa / Titular:	UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERAT	TIVA DE TRABALHO MEDI	CO		
00 Dete de Collette : "	07 4001000 0 5	officional Callabara		100 4	- Dannan fundando A. C. C		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	otissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		