

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95548286

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95548286											
		[Carba	1	dada da Cariba	1						
4 - Data da Autorização 21/06/2024 10:11		5 - Senha 6 95548286		6 - Data de Valid	23/08/2024						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carteira	9 -	Atendimento	de RN				
8522200027011286	6					N					
50 - Nome Social											
10 - Nome GRACE KELLY DI	10 - Nome GRACE KELLY DIVINA BENTO										
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-04			13 - Nome do Co		SPECIALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profission					15 - Cons	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 32428			onselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo			da Internação					02.20		1	
19 - Código na Operado				al / Local Solicitado	0			1	21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		11			CIALIZADA LT	DA			1	2024 15:0	- 1
22 - Caráter do Atendimer	nto 23 -	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OP	ME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica TRANSPOSICAO DE	MAIS DE	1 TENDAO	TRATAMENTO (CIRURGICO					''		
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	doença relacionada)
Procedimentos ou Iten	s Assiste	enciais Solicita	dos								
		ocedimento							37	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307312 2-	16				S DE 1 TENDAO				1 		1
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ad	imissão h	ospitalar 40	- Qtde Diárias Aut 0	orizadas 41 ·	- Tipo de Acomoda	ção autorizad	la				
42 - Código na Operado 10.246.214/0001-04		J autorizado	1	ospital / Local Auto		A LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 21/06/2024 / Empresa / Titular: UNIMED CENTRO PAULISTA FEDERACAO INTRAFEDERATIVA DAS COOPERATIVA S MEDICAS											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatura do I	Beneficiário o	u Respo	onsável 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização





GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 - Nº Guia no Prestador DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia de Solic	itação de Internação		4 - Data da Autoria	1						
343269			95411057								
5 - Senha		6 - Número da	- Número da Guia Atribuido pela Operadora								
95548286 95548286											
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		31 - Nome Social									
8522200027011286	5	OT - Nome Good									
8 - Nome											
GRACE KELLY DIVINA BENTO											
Dados do Contratado Solicitante											
9 - Código na Operadora	1										
10.246.214/0001-04	1	UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA									
11 - Nome do Profissiona	al Solicitante		12 - Cons	12 - Conselho Profissional 13 - Número do			o Conselho 14 - UF 15 - Código CBO				
ROBERTO GRANG	SE GASPARELLI		06		32428		41	225270			
Dados da Internação											
16 - Qtde. diárias Adicion	nais Solicitadas 17 -Tipo	da Acomodação Solicitada									
0		1									
18 - Indicação Clínica	MAIS DE 1 TENDAO TRA	TAMENTO CIRLIRGICO									
Trouver delevie be	WIN HO DE T TENDATO TION	Trimeriro diriottolog									
	s Assistenciais Adicionais S						0.1.0.1	20.01.1.1			
19 - Tabela 20 - Cód 1- 22 307312	-	- Descrição RANSPOSICAO DE MAIS D	E 1 TENDAO	- TRATAMENTO	CIRURGICO		- Qtde. Soli	c. 23 - Qtde. Aut 1			
2-						 i		· 			
3-						i_		i_i_i_i			
4- _	_ _ _ _					L_		_			
5-	_ _ _ _					_	-				
6-											
7-	_ _ _ _					<u> </u>	-				
Dados da autorização						l	<u>-ll</u>	III			
24 - Qtde. Diárias Adicio	nais Autorizadas 25 - Tipo	o da Acomodação Autorizada									
0	1	, aa / toomodayao / tatomzada									
26 - Justificativa da oper	adora										
27 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 21/06/2024 / Empresa / Titular: UNIMED CENTRO PAULISTA FEDERACAO INTRAFEDERATIVA DAS COOPERATIVA											
S MEDICAS											
28 - Data da Solicitação	100 4	do Profissional Solicitante 30	Applestive	loon on of wall and of	torizos = 1						