

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93337870

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Númei	ro da Guia Atri	buído pela Oper	adora							
343269	S - Nume	io da Guia Atii	buluo pela Oper	auora		9333	7870				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid	dade da Senha						
29/11/2023	14:34		93337870		28/01/202	ı					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 0050000003935674			11	alidade da Carteira 16/2024		- Atendimento	de RN				
50 - Nome Social			29/0	0/2024		IN					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
WANDERLEI APAR	ECIDO	DA SILVA									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C	Contratado ORTOPEDIA E	SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profissional	Solicitant	te	0			selho Profissi	onal	16 - Número do Co	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
CESAR EDUARDO	CASTR	O FERREIF	RA MARTINS	;	06		Ī	22343			225270
Dados do Hospital / Loc	al Solicit	ado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operadora	/ CNPJ	11		tal / Local Solicitade					1		ara Internação
10.246.214/0001-04				OPEDIA ESPE						2024 00:0	
22 - Caráter do Atendimento	23 -	Tipo de Interna <b>C</b>	ção 24 - Regir	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diári	s Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPI <b>S</b>	ME    27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica				•							
29 - CID 10 Principal (opc <b>M659</b>		30 - CID 10(2 <b>M659</b>	) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	sional) 32 - Cl	D 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A		cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens			dos								
34 - Tabela 35 - Códig			36 - Descrição	)					37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 3073111				TIA / ENXERTO		- TRATAME	NTO C	CIRURGICO	1		1
2- 22				SICAO UNICA D		OU REFO	3CO DI	E LIGAMENTO -	1 PR 1		1
4- 18 6000080								EIRO PRIVATIV			1
5- 18 6002415	1		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQUIF	AMENTO P	ARA A	RTROSCOPIA F	AR 1		1
6-	_	_ _ _							<u> </u> _	_	
7-	_									_	
9-	-III 	II 							- 	-!!! 	 
10-		 							_		 
11-	_  _								l_	_	_
12-	_  _								l_	_	_
Dados da autorização		1					_				
39 - Data provável da Adn	nissão ho	spitalar   40 -	· Qtde Diárias Au <b>1</b>	itorizadas 41	- Tipo de Acomod	ação autorizad	la				
							44 - Código CNES <b>6528104</b>				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/11/2023 / Empresa / Titular: COMPANHIA CACIQUE DE CAFE SOLUVEL											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	onal Solicitante	48 - Assinatura de	Beneficiário o	u Respo	nsável 49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



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

Unimed A

"	- Número da Guia Referer	nciada 4	I - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		93337870		93337870	29/11/2023 14:34		93337870
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000003935674							
8 - Nome							
WANDERLEI APARECID	O DA SILVA						
Dados do Profissional Solicita							
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
CESAR EDUARDO CAS	TRO FERREIRA MAF	RTINS					
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica LESÃO DE TENDÃO CALCA LESÃO DE TENDÃO CALCA	NEO INSERCIONAL C/ NEO INSERCIONAL C [	DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONA DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONA	AL AL				
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Ma		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	zitado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Materia		22 - Referência do material		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00597007	PA		REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	_  1	_ _ ,	_  1	_ _ , _
80044680085	ANI	O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _      2	_ _ _ _			
2- 00 76221105 ANCORA EM PEEK COM INSERSO 10247700123 ARTHROM COMERCIO DE			O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  2 	_	_  2	,
			T HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-			1	
81288540024	OA.		O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		-l '	IIII'III
4-						_	,
	,, .				_,	_,	1111/111
5-   _				_   _ - - -	_   _ _ ,	_	,
	.			_ _ _ _		_ _	
6-   _     _					_	_	_ _ , _
						_	
24 - Especificação do Material  25 - Observação / Justificativa							
	72-0900 / Emitido em 29/	/11/2023 / Empresa / Titular: CC	OMPANHIA CACIQUE DE CAFE SOLUVEL				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		