

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92070249

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núme	Número da Guia Atribuído pela Operadora 92070249												
4 - Data da Autorização 02/08/2023	14:45	5 - Senha :45 92		2070249	070249 6 - Data de Validade da		Senha /10/2023							
Dados do Beneficiário														
7 - Número da Carteira				8 - Va	llidade da Cartei	ra	9 -	Atendimento	de RN					
9700020002739857					30/04/2024			N						
50 - Nome Social														
10 - Nome	FEL ICI	PERTO												
Dados do Contratado S	Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora			13 -	Nome do C	ontratado									
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA														
14 - Nome do Profissional Solicitante MARCUS VINICIUS DANIELI							15 - Conse <b>06</b>	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 18734			Conselho	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação														
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação														
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALI								DA			02/08/2	023 15:0	0	
22 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	23 -	23 - Tipo de Internação C		24 - Regime de Internação <b>1</b>		25 - C	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>1</b>		26 - Pr	26 - Previsão de uso de OPME		E 27 - Previsão de uso de Quimioterápico		
28 - Indicação Clínica														
29 - CID 10 Principal (opci	onal)	30 - CID 10	0(2) (opc	ional) 3	31 - CID 10(3) (o	pcional)	32 - CID	10(4) (opcioi	nal)	33 - Indicação de A		cidente ou c	oença relacionada)	
Procedimentos ou Itens	Assiste	enciais Solici	itados				-							
34 - Tabela   35 - Códig	9 0 6	l	RE TE TR	NORRAF ANSPOS ARIA DE	IA UNICA EN ICAO DE MA	I OUTRA IS DE 1 <sup>-</sup> DLETIVO	S REGIO TENDAO DE 2 LEI	ES - TRATAM TOS COM	ENTO BANH	MENTO CIRURO CIRURGICO HEIRO PRIVATI	GIC 1 1 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1  1	
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar   40 - Qtde Diárias Autorizadas   41 - Tipo de Acomodação autorizada														
39 - Data provável da Adn	nissão ho	ospitalar    4	∪ - Qtde	Diárias Aut <b>1</b>	torizadas 4	•	e Acomodaç	ao autorizad	a					
												44 - Código CNES 6528104		
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104  45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 02/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO P AULO CONFEDERACAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS														
46 - Data da Solicitação		47 - Ass	inatura c	do Profissio	nal Solicitante	48 - Ass	inatura do B	eneficiário o	u Respo	onsável   49 - As	sinatura do	Responsáv	el pela Autorização	



2 - Nº Guia no Prestador

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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 92070249 92070249 02/08/2023 14:45 92070249 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 9700020002739857 8 - Nome **EDSON BARBOSA FELISBERTO** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **MARCUS VINICIUS DANIELI** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica 00193178 lesao no tendão patrelar esquerdo patela alta AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 75043114 SUTURA CIRURGICA TRANCADA UHMWPE COM AGULHA - 0234151-09 80083650067 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB 00597007 80044680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00193178 3- 00 FIO KIRSCHNER 0,8X300MM 40012300080 10223680050 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 02/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFEDERAÇÃO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização