

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91476042

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 91476042 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 07/06/2023 17:15 91476042 06/08/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000003043307 21/01/2025 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **IDES PEDRAO** Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 28806 225270 **RAFAEL MAURICIO BELETATO** 06 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 24/06/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico C 1 S Ν 1 28 - Indicação Clínica ARTRODESE METATARSO FALANGE 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30734045 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E OU PLASTIA (E 2 2- 22 30729203 OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT 2 3- **18** 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 4- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 6- |\_\_|\_| 11-12-\_\_\_ I I I I II I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/06/2023 /\*\*01 MICROSERRA - instrumental incluso tem taxa hospitalar\*\*\*\*\* / Empresa / Titular: IDES PEDRAO 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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada 91476042	4 - Senha	91476042	5 - Data da Autorização 07/06/2023 17:15	6 - Número da Guia atribuído	o pela Operadora <b>91476042</b>
Dados do Beneficiário		IL				
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000003043307						
8 - Nome						
IDES PEDRAO						
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone		10 - Telefone	11	I - E-mail		
RAFAEL MAURICIO BELETATO						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica ARTRODESE METATARSO FALANGE ARTRODESE METATARSO FALANGE **01 MICROSERRA - instrumental incluso tem taxa hospitalar*****						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- <b>00 00162477</b>			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- <b>00 00162477 80356130052</b>		AO AMC F 2,9X5,5MM 891710000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1	_ ,
2- <b>74401572</b>		NITFIX RAZEK 1,5X13X10X10 (AGS 13-10-10			1	
80356130167		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1 .	1
3-					_	_ ,
				_	_ _	
4-     _ _				_	_	_ ,
			_ _ _ _	_ _ _ _	_	
5-   _				_	_ _	,
				_ _ _ _	_	
6-	-			_	_	_ _ , _
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/06/2023 /**01 MICROSERRA - instrumental incluso tem taxa hospitalar***** / Empresa / Titular: IDES PEDRAO						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		