

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93878677

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núme	ero da Guia Atr	buído pela Opera	adora		0387	78677				
		5 - Senha		6 - Data de Valid	tada da Sanha	7	10077				
4 - Data da Autorização 26/01/2024 15:07		5 - Senha 93878677		11	07/04/202	1					
Dados do Beneficiário				'							
7 - Número da Carteira			8 - Va	alidade da Carteira		- Atendiment	o de RN				
1645212500187009)					N					
50 - Nome Social											
10 - Nome CELIA WALDRICH DA FONSECA											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profission					11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do					
RAFAEL MAURICI			-l- l-+		06			28806		41	225270
Dados do Hospital / Lo			•	tal / Local Solicitade	0				21 - Dats	a sugarida n	ara Internação
10.246.214/0001-04		11		OPEDIA ESPE		TDA			1	2024 00:0	
22 - Caráter do Atendimer 1	nto 23 -	Tipo de Interna C	ção 24 - Regin	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diári		26 - Pr	evisão de uso de OPI S	ИЕ 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	sional) 32 - Cl	D 10(4) (opcio	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Iten	s Assiste	nciais Solicita	dos								
		ocedimento			DE TENDAO	TDATAM	ENTO (NIDI IDOIOO		- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307311 2- 22 307291				TIA / ENXERTO ALGUS (UM PE				SIRURGICO	2		2 2
3- 22 307292				,	•			FALANGES - TR			5
4- 18 600003			DIARIA DE	ACOMPANHAN	NTE COM REF	EICAO CON	/IPLET	A	1		1
5- 18 600008	805		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2 L	EITOS COM	I BANH	IEIRO PRIVATIV	0 1		1
6-	 _ _	_ _ _							_ _ _	_ _ _	_ _ _
9-	_ _ _									_ _	
10-										_	
11- 12- 12-	 	. .							- -	_lll	
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ad	lmissão ho	ospitalar 40	· Qtde Diárias Au 1	torizadas 41	- Tipo de Acomod	ação autorizad	da				
42 - Código na Operado		l autorizado	1	Hospital / Local Auto							44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 26/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED ARAXA											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	onal Solicitante	48 - Assinatura de	Beneficiário d	ou Respo	onsável 49 - Ass	natura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	nciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		93878677		93878677	26/01/2024 15:07		93878677		
Dados do Beneficiário					-				
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
1645212500187009									
8 - Nome									
CELIA WALDRICH DA	FONSECA								
Dados do Profissional Solic									
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	1 - E-mail				
RAFAEL MAURICIO BI	ELETATO								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica HALLUX VALGUS BILATEI HALLUX VALGUS BILATEI AUTORIZADO CONFORMI	RAL								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do l		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4			
1- 00611204 BROCA PERCUTANEA WEDGE 80350339008 ARTHROM COMERCIO			SE 4,1X13MM 38.37.05 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	,		
	DD					1			
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	AN _ I		_ '	_ ,		
3- 00 00193178	FIO	KIRSCHNER 0,8X300MM				_ 2	,		
10223680050		Turto or muzic o, oxodomini	1001200000			_ı -	111711		
4- 75607522	PAI	RAFUSOS DE COMPRESS	AO CANULADO PEQUENOS E GRANDE	SF II 4		I 4	,		
81118460005			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	· <u> </u>		— ·	1-1-1-1/1-1-1		
5- _					_	_	_ _ , _		
6-	_ _ _			_ _ -	_ _ _ ,	_	_ _ , _		
	_ _ _		 _ _ _ _ 						
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 26/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED ARAXA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização				