

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93879007

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núme	ro da Guia Atri	buído pela Opera	dora		0297	9007				
		F. Camba		C Data da Valia	dada da Casha	7	9007				
4 - Data da Autorização 26/01/2024 15:28		5 - Senha 93879007		6 - Data de Valid	08/04/2024						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN				
9942104254516098						N					
50 - Nome Social											
10 - Nome ADILSON DONIZET	E RIBE	IRO DE SIG	UEIRA								
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissional					15 - Con <b>06</b>	15 - Conselho Profissional 16 - Número do Con 28806			nselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Loc			la Internação					20000		][	220270
19 - Código na Operadora			•	al / Local Solicitado	0			1	21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		11			CIALIZADA L	ΓDA				2024 00:0	
22 - Caráter do Atendimento  1	23 -	Tipo de Internaç C	ão 24 - Regim	e de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPN <b>S</b>	ΛΕ 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica JOANETE DE SASTRE	NO PE										
29 - CID 10 Principal (opc	onal)	30 - CID 10(2)	(opcional) 3	1 - CID 10(3) (opc	cional) 32 - CII	0 10(4) (opcion	nal)	33 - Indicação de Ac	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens	Assista	ociais Solicitae	dos							9	
		cedimento							37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 3072918 2- 18 6000080 3-	1		HALLUX VA	QUARTO COL	) - TRATAMEN' ETIVO DE 2 LE	ITOS COM	BANH		1		1 1 1       
Dados da autorização  39 - Data provável da Adn	nissão ho	snitalar 140	Qtde Diárias Aut	orizadas 1/41	- Tipo de Acomoda	ran autorizan	la				
Jos - Dala provaver da Adri	sau 110	- 40 -	1	onzadas 41	- Tipo de Acomoda	au autorizat	iu .				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  44 - Código CN 6528104								44 - Código CNES <b>6528104</b>			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 26/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

	_					
1 - Registro ANS 343269	- Número da Guia Referenciada 93879007	4 - Senha	5 - Data da Autorização <b>26/01/2024 15:28</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 9387900		
Dados do Beneficiário		1				
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
9942104254516098						
8 - Nome						
ADILSON DONIZETE RIB	BEIRO DE SIQUEIRA					
Dados do Profissional Solicitar	nte					
9 - Nome do profissional solicitan	ite	10 - Telefone	11	I - E-mail		
RAFAEL MAURICIO BEL	ETATO					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica JOANETE DE SASTRE NO PI JOANETE DE SASTRE NO PI AUTORIZADO CONFORME L	E					
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do Mat		wint we followed		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
<ul><li>21 - Registro ANVISA do Materia</li><li>1- <b>00611204</b></li></ul>	l 22 - Referência do mate BROCA PERCUTANEA WED		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1	,
80350339008		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>	י י י		
2- <b>70064547</b>		YKER - 1608002101-BROCA LATERAL SHAN	_  1		_  1	_ ,
80005430110	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	· · ·			
3-	_ _ _			_	_	,
			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
4-   _    _ _				_	_	,
	_ _			_ _ _ _	_ _	
<sup>9-</sup>	-			_	_	_ ,
 6-	<u> </u>				 	1 1 1 1 11 11 1
				_  _ _ _ _ _	_l_l	1-1-1-171-1-1
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)337	2-0900 / Emitido em 26/01/2024 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titula	r: LINIMED SEGURAD	OORA S/A		
	_ 5555 / Emilias 611 E6/5 1/2024 ///6 FORIZADO 60	Change of the De Change of Finding	SIMILE GEOGRAD			
			15			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		