

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94875683

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núm	nero da Guia	Atribuído	pela Ope	eradora			94875	5683				
4 - Data da Autorizaçã 23/04/202		5 - Senha		1875683	11	Validade da 25/	Senha /06/2024						
Dados do Beneficiár	io												
7 - Número da Carteira	a			8 - \	/alidade da Cart	teira	9 -	Atendimento	de RN				
97000200102137	88							N					
50 - Nome Social													
10 - Nome MARCELA FURG	UIM CO	STA DOS	SANTO	s									
Dados do Contratad	o Solicitan	te											
12 - Código na Operad	dora		13 - 1	Nome do	Contratado								
10.246.214/0001-	04		UNI	ORT E	ORTOPEDIA	A ESPECI	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissio			١				15 - Cons	elho Profissio	nal	16 - Número do 0 28281	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital /	Local Solid	citado / Dad	dos da Inte	ernação									
19 - Código na Operad					oital / Local Solic	citado					21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-	04		UNIORT	E OR	TOPEDIA ES	PECIALIZ	ZADA LT	DA			02/05/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendim	nento 23	- Tipo de Int	ernação	24 - Reg	ime de Internaçã	o 25 - C	Qtde. Diárias	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de Ol	PME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica													
29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID	10(2) (opci	onal)	31 - CID 10(3)	(opcional)	32 - CID	10(4) (opcion	al)	33 - Indicação de	Acidente (a	cidente ou d	doença relacionada)
Procedimentos ou Ite	ens Assiste	enciais Sol	citados										
	ódigo do Pr	rocedimento		Descriçã								- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 3072					_	_		CRONICAS	S - TRA	ATAMENTO CII	_		1
2- 22 3073					SICAO UNIC		_	AO DECC	=CC	S E/OU BLAST	1 1		1
4- 22 3073								•		O E/OU PLAST O LIGAMENTO			1
5- 22 3073					SICAO DE M						1		1
6- 18 6000										EIRO PRIVATI			1
7- 18 6002	4151		AL	UGUEL	TAXA DE AP	ARELHO	/ EQUIPA	MENTO PA	ARA AI	RTROSCOPIA	PAR 1		1
8-	_	_									_	_	
9-	_	_									L	_	
10- _	_	_	!								_	_	<u> </u>
11-	_	_									_	_ _	
12-	_ _	_	·								l_	_	
Dados da autorizaçã									_				
39 - Data provável da	Admissão h	nospitalar	40 - Qtde	Diárias A 1	utorizadas	41 - Tipo de	e Acomoda	ção autorizada	a				
42 - Código na Operad 10.246.214/0001-		J autorizado	11		Hospital / Local		ALIZAD4	LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Jus Telefone Contratado ULO CONFEDERAO	tificativa o: (43)3372 CAO ESTA	DUAL CO	nitido em i	23/04/20 VAS ME	024 /AUTORIZ/ DICAS	ADO CONF	ORME UN	IIMED DE OI					TADO DE SAO PA
46 - Data da Solicitaçã	io	47 - As	ssinatura d	o Profissi	ional Solicitante	48 - Ass	inatura do E	Beneficiário ou	ı Respo	nsável 49 - As	sinatura do	Responsáv	el pela Autorização



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

2 - Nº Guia no Prestador **94875683**

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	siada	4 - Senha		E Data da Autorização	6 Número do Cuio o	tribuído polo Oporadoro		
343269	3 - Numero da Guia Referen	94875683	4 - Senna	94875683	5 - Data da Autorização 23/04/2024 15:14	6 - Numero da Guia ai	tribuído pela Operadora 94875683		
Dados do Beneficiário		34010000		04070000	20/04/2024 10:14		54010000		
7 - Número da Carteira	1	29 - Nome Social							
700020010213788									
s - Nome									
MARCELA FURQUIM	COSTA DOS SANTOS								
ados do Profissional Soli	citante								
- Nome do profissional solid			10 - Telefone		11 - E-mail				
LEXANDRE RIBEIRA	A PROVENZA								
Dados da cirurgia 2 - Justificativa técnica									
ECONSTRUÇÃO DE LC			SICA, DOR IMPORTANTE. EVOLUIU COM ROTU						
PME Solicitadas									
3 - Tabela 14 - Código do 1 - Registro ANVISA do Ma		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricante		de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicio de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autoriz	zada 20 - Valor Unitário Autorizado		
00 00116700		NETA ABLACAO RF STRI	PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	<u> </u>		_ 1	_ _ , _		
0743230025 - 00	PAI	RAFUSO INTERFERENCIA	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	3 3		_ 3	,		
- 76621995 0777280105	CAI	NULA DE DEBRIDAÇÃO A	AT - 161 12 10 08 TIPO 12 4,5 X 120 MM , CM CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1 1		_ 1	_ ,		
· _	 _ _			_ _ _ _ _ _ _	<u> </u>	_	,		
· _	 			_		_	_ _ , _		
- _ _ _	 _ _			_ _ _ _ _ _ _	<u> </u>	_	,		
24 - Especificação do Materia	al								
25 - Observação / Justificativ Telefone Contratado: (43)		04/2024 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titula	ar: UNIMED DO ESTA	DO DE SAO PAULO CONFEDERA	ACAO ESTADUAL CO	OOPERATIVAS MEDICAS		
Telefolie Contralado. (43)	5572-0500 / Emilido em 25/	04/2024 //10101012/200001	VI ONIVIE OVIIVIED DE ONIOCIVI / Empresa / Hum	ar. Givinies so egita	DO DE GAOT AGEO COM EDENV	CONO ESTADORE OC	701 ENATIVACIMEDICAC		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura	do Responsável pela Autorização				
				H					