

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93274889

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora													
343269	93274889												
4 - Data da Autorização 5 - Senha 23/11/2023 15:01		932	93274889 6 - Data de Validade da 3			Senha /02/2024							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira				8 - Vali	dade da Cartei	ra	9 -	Atendimento	de RN				
9700032001699537							N						
50 - Nome Social													
10 - Nome													
ANDREA AKIE AR	AKI SAK	(0											
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operador 10.246.214/0001-04			11	ome do Co		ECDECI	A	LTDA					
14 - Nome do Profissiona		ate.	UNIC	KIEU	RIOPEDIA	PEDIA ESPECIALIZADA LTDA 15 - Conselho Profissional				16 - Número do 0	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE C			Σ				06 17905				Jonseino	41	225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solicit	tado / Dado	s da Intei	rnação									
19 - Código na Operado		- 11			I / Local Solicita						11		ara Internação
10.246.214/0001-04					PEDIA ESP						<u> </u>	2023 00:0	
22 - Caráter do Atendimen	to 23 -	Tipo de Interr	nação 2	24 - Regime	de Internação 1	25 - C	tde. Diárias 3	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de Ol S	PME 27 -	Previsão de ι	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA								<u>'</u>					
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			(2) (opcion	(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada 9			oença relacionada)
Procedimentos ou Iten	s Assister	L nciais Solici	tados						!				
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307331 2- 22 307330 3- 98 080110 4- 18 600005 5- 18 600241 6-	03 49 80 54	 	INST OST PCT DIAF	EOCONI ARTRO RIA DE /	DROPLASTI SCOPIA DE APARTAMEI AXA DE APA	A - ESTA JOELHO NTO SIM RELHO	ABILIZAC) UNIORT PLES / EQUIPA	AO, RESS - APT MENTO P	ARA A	L DA PATELA, O E/OU PLAST ARTROSCOPIA	RET 1 IA # 1 1 PAR 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
10-	 	 									<u></u>		
Dados da autorização													
39 - Data provável da Ac	lmissão ho	ospitalar 4	0 - Qtde D	Diárias Auto 3	- 11	11 - Tipo de 1 2	e Acomodaç	ão autorizad	da				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Loca				spital / Local A	I La							44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/11/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PA ULO CONFEDERAÇÃO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável 149 - Assinatura do Respo													



Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referer	93274889 4 - Se	enha	93274889	5 - Data da Autorização 23/11/2023 15:01	6 - Número da Guia atribuído	pela Operadora 93274889			
		93274689		93274009	23/11/2023 15.01		93214009			
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
7 - Numero da Carteira 29 - Nome Social 9700032001699537										
8 - Nome ANDREA AKIE ARAKI	SAKO									
Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail										
ALEXANDRE DE OLIVI			To - Telefone	'	ı - E-IIIdii					
	INA QUEINUZ									
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica										
INDICAÇÃO CLÍNICA EM A INDICAÇÃO CLÍNICA EM A AUTORIZADO CONFORME	NEXO									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	0 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do material no fa		23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
1- 00 00116700 80743230025	CA		90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	_ 1	_ _ _ ,	_ 1	_ ,			
2- 00 00499293	CA	NULA MICRODEBRIDACAO OB	E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> - - - - - </u> 		1				
80356130052	CA		E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		_ '	_ ,			
3-		7				_	,			
					_,	_ 	111/11			
4-					_	_	,			
	_ _ _				_ _ _ _	_ _				
5- _					_ _ _ , _	_	_,			
					_ _ _ _					
6- _	-			<u> </u>	_	_	,			
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/11/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFEDERACAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura de	Responsável pela Autorização					
20 Data da Gullottação	Zr - Assiliatura do Fr	Chockeria Concharte		20 - Assiriatura ut	A TOOPOI Savoi pola Autorização					