

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92075446

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da	Guia Atribuíd	o pela Opera	dora							
343269						9207	75446				
4 - Data da Autorizaçã 03/08/20	5 - S 23 07:22		2075446	6 - Data de Val	lidade da Senha 02/10/20	23					
Dados do Beneficiá	rio										
7 - Número da Carteir	а		8 - Val	idade da Carteira	a	9 - Atendiment	to de RN				
00500000028431	30		20/08	3/2024		N	ı				
50 - Nome Social											
10 - Nome FATIMA OZAN RAMOS MENDES											
Dados do Contratad											
12 - Código na Opera		13 -	· Nome do Co	ontratado							
10.246.214/0001	-04	UN	IIORT E O	RTOPEDIA E	SPECIALIZA	DA LTDA					
14 - Nome do Profissi RAFAEL MAURI)				15 - Conselho Profissional 16 - Número do 28806			onselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital /	Local Solicitado /	Dados da Ir	ternação								
19 - Código na Opera		11		I / Local Solicitad					11		para Internação
10.246.214/0001			IIORT E ORTOPEDIA ESPECIAL			LTDA	15/08/		3/2023 00:00		
22 - Caráter do Atendir	11	e Internação C	24 - Regime	e de Internação 1	25 - Qtde. Dia	ias Solicitadas	26 - Pre	visão de uso de OP S	ME 27 -	- Previsão de	uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica	 		J				11				
29 - CID 10 Principal	(opcional) 30 - 6	CID 10(2) (ope	cional) 3°	1 - CID 10(3) (op	ocional) 32 -	ID 10(4) (opcio	onal) 3	3 - Indicação de <i>l</i>	Acidente (a		doença relacionada)
		0 " " 1								9	
Procedimentos ou la 34 - Tabela 35 - C			- Descrição							7 - Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.
1	Código do Procedim 1 9181			LGUS (UM PE	E) - TRATAME	NTO CIRUR	GICO		ა 1		1 36 - Qide. Aui.
2- 22 3072	9203			•	-			ALANGES - TR	RAT 5	;	5
3- 22 3073	1127	TE	NOPLAST	TIA DE TENDA	AO EM OUTR	S REGIOES	3		1		1
	1045				A UNIORTE -	\PT			1		1
	0554	DI	ARIA DE	APARTAMEN	ITO SIMPLES				1		1
6- _ 7- _	_ _ _ _	-							ļ-	_ _ _	
	 	- 							- 	 	
9-	_	 							- 		
10-	_	 									 _
11-	_	 							i		
12-	_ _ _ _								l	_ _ _	_
Dados da autorização											
39 - Data provável da	Admissão hospitala	ar 40 - Qtde	e Diárias Auto	orizadas 41	1 - Tipo de Acom 2	dação autoriza	da				
42 - Código na Opera 10.246.214/0001		- 11		ospital / Local Au	itorizado ESPECIALIZA	DA LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratad	o: (43)3372-0900 1 X+ 30729203	OSTEOTOM	IIA OU PSE	UDARTROSE I	DOS METATAF	SOS/FALANG	SES 5 X	gos 30729181 H 30731127 TEN RAMOS MENDE	OPLASTI	/ALGUS (U IA DE TENI	M PE) - TRATAME DAO EM OUTRAS

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 343269	- Número da Guia Referer	nciada 92075446	4 - Senha	92075446	5 - Data da Autorização 03/08/2023 07:22	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92075446				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0050000002843130										
8 - Nome										
FATIMA OZAN RAMOS I										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	11	1 - E-mail					
RAFAEL MAURICIO BEI	ETATO									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica HALLUX VALGUS HALLUX VALGUS É oportuno informar que os p ASTIA DE TENDAO EM OUT			SUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO 1 X+ convencionais estão liberados.	30729203 OSTEOTOI	MIA OU PSEUDARTROSE DOS	METATARSOS/FALANGES 5 X 30731127 TENOPL				
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do Ma		Descrição	della a California			citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Materi1- 00 75607298		22 - Referência do mate	rial no tabricante SAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES F	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 2				
81118460005	1.7		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 						
2-						1 X+ 30729203 OSTEOTOMIA OU PSEUDARTRO Titular: FATIMA OZAN RAMOS MENDES				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pi	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					