

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92214159

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia 343269	Atribuído pela Ope	eradora		9221	14159					
4 - Data da Autorização 5 - Senha		6 - Data de Valida	ade da Senha	7	14100					
15/08/2023 16:56	9221415	9	14/10/20	3						
Dados do Beneficiário	1/-		1,1							
7 - Número da Carteira 0050000002359777	t t	Validade da Carteira //08/2025		9 - Atendiment N						
50 - Nome Social		700/2020								
10 - Nome LOURDES TERASSI GOMES										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61	13 - Nome do	Contratado	A RENEFI	ENTE DE I	ONDRIN	JΔ				
14 - Nome do Profissional Solicitante	ASSOCIA	CAO EVANGLEIO		nselho Profissi		16 - Número do Co	onselho 1	7 - UF	18 - Código CBO	
RAFAEL MAURICIO BELETATO			06		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	28806	4	11	225270	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dado	os da Internação									
1 - 1		pital / Local Solicitado			DD11.4		1	-	ra Internação	
		EVANGELICA E					25/08/202			
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Inte	rnação 24 - Reç	gime de Internação 1	25 - Qtde. Diá	ias Solicitadas	26 - Prev	risão de uso de OPI S	ME 27 - Prev		so de Quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica DEFORMIDADE 2° DEDO PÉ										
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 1	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcic	onal) 32 - (ID 10(4) (opcio	onal) 3	3 - Indicação de A	cidente (acide	nte ou do	ença relacionada)	
							9			
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solid										
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1- 22 30729050 2- 22 30729203 3- 22 30731127 4- 18 60000805 5-	OSTEOTO TENOPLA DIARIA DI	ESE METATARSO OMIA OU PSEUDA STIA DE TENDAC E QUARTO COLE	RTROSE DO DEM OUTRA	S METATAI S REGIOES EITOS COM	RSOS/FA	ALANGES - TR	ME 1 AT 2 1	_ _ _	38 - Qtde. Aut. 1 2 1 1	
8-							_ _ _	- - - -		
Dados da autorização	10 - Otdo Diários /	Autorizadas 144	Tino de Asses	danão autoriza:	da					
39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias A 1	Autorizadas 41 -	Tipo de Acomo	uaçao autorizad	ud					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61	11	Hospital / Local Autor		ENTE DE L	ONDRIN	NA		11	4 - Código CNES 2550792	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 15/08/2023 /****MICROSERRA - material incluso em taxa hospitalar*** / Empresa / Titular: DOMINGOS GARCIA GOME S 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 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	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora
343269		92214159		92214159	15/08/2023 16:56	92214159
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social				
0050000002359777						
8 - Nome						
LOURDES TERASSI GO	OMES					
Dados do Profissional Solici						
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1	I - E-mail	
RAFAEL MAURICIO BE	LETATO					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica DEFORMIDADE 2° DEDO I DEFORMIDADE 2° DEDO I ****MICROSERRA - materia	PÉ	31***				
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricanto	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização		citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 00176290		KIRSCHNER 1,5X300MM		23 - N° Autorização		_ 1
10171110015		•	MPLANTES ORTOPEDICOS LTDA	, <u> </u>		
2- _						_
				_ _ _ _	_	
3- _	_ _ _			. _ _ _	_	_ _ _ ,_ _
				_ _ _ _	_ _ _ _	_ _
4- _	-			- _ _ _	_	
	_ _ _	_			_ _ _ _	
5- _ _ _ _ _	_			- -	_	
6-	 	111111				 _
	_ _ _ _ _ _			-	_	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa	270 4000 / Emitido 45/	00/2022 /****MCDOCEDDA	material include on tays begainstales*** / F	/ Titulari DOMINICOS O	ADCIA COMES	
reletone Contratado: (43)3	378-1000 / Emitido em 15/	U8/2023 /^^^MICROSERRA	material incluso em taxa hospitalar*** / Empresa	a / Titular: DOMINGOS G	AKUIA GUMES	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	