

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91962674

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Núi	mero da Guia Atri	buído pela Opera	adora		9196	2674				
4 - Data da Autorização 24/07/2023 14:21	5 - Senha	91962674	6 - Data de Valid	lade da Senha 22/09/202	3					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		8 - Va	llidade da Carteira		9 - Atendimento	de RN				
0050000009931433		23/07	7/2025		N					
50 - Nome Social										
10 - Nome  MARIA SIMONE DOS SA	NTOS									
Dados do Contratado Solicita	nte									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do C	ontratado ORTOPEDIA ES	SDECIALIZA	)					
14 - Nome do Profissional Solicit	ante	UNIORTEC	OKTOPEDIA ES		nselho Profissi	onal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
CARLOS EDUARDO MO				06				Ondonio	41	225270
Dados do Hospital / Local Sol	icitado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operadora / CNF	PJ 20 -	Nome do Hospita	al / Local Solicitado	)				21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04	UN	IIORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA	.TDA			25/07/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento 2	3 - Tipo de Interna <b>C</b>	ção 24 - Regim	ne de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diár		26 - Pre	evisão de uso de OP <b>S</b>	ME 27 - I	Previsão de I	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica				11						
29 - CID 10 Principal (opcional)  Procedimentos ou Itens Assis		dos	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - C	ID 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A		9	oença relacionada)
34 - Tabela 35 - Código do F 1- <b>22 30720095</b>	roceamento	36 - Descrição FRATURA E	E/OU LUXACOE	S (INCLUINE	O DESCOLA	MENT	O EPIFISARIO		- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. <b>1</b>
2- 18 60000805 3-		DIARIA DE		ETIVO DE 2 L	EITOS COM	BANH	IEIRO PRIVATIV			1
9-								i_ l_		
								I_	-11	
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão	hospitalar 40 -	· Qtde Diárias Aut	torizadas 41 -	- Tipo de Acomo	lação autorizad	la				
		1	1							
42 - Código na Operadora / CNI 10.246.214/0001-04	PJ autorizado	1	lospital / Local Auto		DA LTDA					44 - Código CNES <b>6528104</b>
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/07/2023 / Empresa / Titular: MARIA SIMONE DOS SANTOS  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização										



## 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada 91962674	- Senha	91962674	5 - Data da Autorização 24/07/2023 14:21	6 - Número da Guia atribuído	o pela Operadora 91962674
	31902074		31302074	24/01/2023 14:21		91302014
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000009931433	29 - Nome Social					
8 - Nome	ANTOS					
MARIA SIMONE DOS S						
Dados do Profissional Solici		Transferre	104	E E		
9 - Nome do profissional solicit  CARLOS EDUARDO M		10 - Telefone		1 - E-mail		
	JIOOKA					
Dados da cirurgia  12 - Justificativa técnica						
INDICAÇÃO CLINICA EM A	NEXO					
INDICAÇÃO CLINICA EM A						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do N	laterial 15 - Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00590495	PARAFUSO CORTICAL 3,5X20M				_  2	_ ,
10247700039		D DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- <b>00</b> 72245123 10247700093		OS VERSALOCK BLOQUEADO DE ANGU O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> _ </u> 6		_  6	_ _ , _
3- <b>00 72375906</b>		RAFUSOS VERSA TORXDRIVE - 223-24-14	_ _ _      2		2	_ _ _
10247700109		D DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<del></del> 	- - - - - - - - - - - - - -	-1 4	I
4-	1 1 1 1 1				_	_ ,
				_		1-1-1-1-171-1-1
5-   _				_	 _	_ _ ,
				_ _ _ _	_ _	
6-   _	_ _ _			_	_	_ _ , _
			_ _ _ _	_ _ _ _	_	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa	372-0900 / Emitido em 24/07/2023 / Empresa / Titular: MA	ARIA SIMONE DOS SANTOS				
releione Contratado. (43)3	772-03007 Emiliao em 24/07/20237 Empresa / Filalar. MA	ANA GIWONE DOS GANTOS				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		