



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **95928481**
(Via HOSPITAL)

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95928481 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 25/07/2024 14:50 | 5 - Senha 95928481 | 6 - Data de Validade da Senha 24/09/2024 |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 1170000001837050 | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento de RN N |
|---|--------------------------|-----------------------------------|

| |
|------------------|
| 50 - Nome Social |
|------------------|

| |
|--|
| 10 - Nome ANA CRISTINA GONCALVES DE OLIVEIRA SANCHES |
|--|

Dados do Contratado Solicitante

| | |
|---|---|
| 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 | 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA |
|---|---|

| | | | | |
|--|---|---|----------------------|----------------------------------|
| 14 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL MAURICIO BELETATO | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 28806 | 17 - UF 41 | 18 - Código CBO 225270 |
|--|---|---|----------------------|----------------------------------|

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

| | | |
|--|--|---|
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04 | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA | 21 - Data sugerida para Internação 15/08/2024 00:00 |
|--|--|---|

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | 23 - Tipo de Internação C | 24 - Regime de Internação 1 | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1 | 26 - Previsão de uso de OPME S | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|

| |
|--|
| 28 - Indicação Clínica REVALIDAÇÃO DE GUIA HALLUX VALGUS |
|--|

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 29 - CID 10 Principal (opcional) | 30 - CID 10(2) (opcional) | 31 - CID 10(3) (opcional) | 32 - CID 10(4) (opcional) | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição | 37 - Qtde. Solic. | 38 - Qtde. Aut. |
|------------------------------|-----------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1- 22 | 30729181 | HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO | 2 | 2 |
| 2- 22 | 30729203 | OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT | 2 | 2 |
| 3- 22 | 30731127 | TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES | 2 | 2 |
| 4- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 1 | 1 |
| 5- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dados da autorização

| | | |
|---|---|--|
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar | 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1 | 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1 |
|---|---|--|

| | | |
|---|--|------------------------------------|
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA | 44 - Código CNES 6528104 |
|---|--|------------------------------------|

| | | | |
|--|--|--|--|
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO CO OPERATIVA DE TRABALHO MEDICO | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--------------------------|---|--|---|
| 46 - Data da Solicitação | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização |
|--------------------------|---|--|---|



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

2 - Nº Guia no Prestador 95928481

| | | | | |
|----------------------------|---|-----------------------|---|---|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Referenciada 95928481 | 4 - Senha 95928481 | 5 - Data da Autorização 25/07/2024 14:50 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95928481 |
|----------------------------|---|-----------------------|---|---|

Dados do Beneficiário

| | |
|--|------------------|
| 7 - Número da Carteira 1170000001837050 | 29 - Nome Social |
|--|------------------|

8 - Nome
ANA CRISTINA GONCALVES DE OLIVEIRA SANCHES

Dados do Profissional Solicitante

| | | |
|--|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL MAURICIO BELETATO | 10 - Telefone | 11 - E-mail |
|--|---------------|-------------|

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
REVALIDAÇÃO DE GUIA HALLUX VALGUS
REVALIDAÇÃO DE GUIA HALLUX VALGUS
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM

OPME Solicitadas

| 13 - Tabela | 14 - Código do Material | 15 - Descrição | 16 - Opção | 17 - Qtde. Solicitada | 18 - Valor Unitário Solicitado | 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitário Autorizado |
|----------------------------------|-------------------------|---|------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| 21 - Registro ANVISA do Material | | 22 - Referência do material no fabricante | | | | | |
| 1- | 75607522 | PARAFUSOS DE COMPRESSAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES F | | 4 | | 4 | |
| | 81118460005 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | | |
| 2- | 00611204 | BROCA PERCUTANEA WEDGE 4,1X13MM 38.37.05 | | 1 | | 1 | |
| | 80350339008 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | | |
| 3- | 70064547 | BROCAS CIRURGICAS STRYKER - 1608002101-BROCA LATERAL SHAN | | 1 | | 1 | |
| | 80005430110 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | | |
| 4- | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 5- | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 6- | | | | | | | |
| | | | | | | | |

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

| | | |
|--------------------------|---|---|
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização |
|--------------------------|---|---|