

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

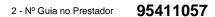
95411057

(Via HOSPITAL)

1 " 11	- Número da Guia	a Atribuído	pela Opera	dora									
343269							9541	1057					
4 - Data da Autorização 10/06/2024 18:11			411057	6 - Data de Va		enha 08/2024							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira 8522200027011286		8 - Validade da Carteira			9 - A	Atendimento N	de RN						
50 - Nome Social													
10 - Nome													
GRACE KELLY DIVINA BENTO													
Dados do Contratado Sol 12 - Código na Operadora	citante	13 - N	Nome do Co	ontratado									
10.246.214/0001-04		11		RTOPEDIA I	ESPECIA	LIZADA	LTDA						
14 - Nome do Profissional S		'				15 - Conselho Profissional			16 - Número do Conselh		onselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local			ernação						<u></u>	_][=====
19 - Código na Operadora /			-	I / Local Solicita	ıdo						21 - Da	ta sugerida	para Internação
10.246.214/0001-04		UNIORT	IORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA				A LTDA				22/06/2024 00:00		
22 - Caráter do Atendimento	tendimento 23 - Tipo de Internaç		ão 24 - Regime de Internação			25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26			- Previsão de uso de OPME		ME 27 -	27 - Previsão de uso de Quimiote N	
28 - Indicação Clínica													
29 - CID 10 Principal (opcion	nal) 30 - CID	10(2) (opcid	onal) 3	1 - CID 10(3) (op	ocional)	32 - CID 1	0(4) (opcion	nal)	33 - Ind	icação de A	cidente (a	acidente ou 9	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens A		icitados											
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1- 22 30733049 2- 22 30733073 3- 18 60000805 4- 18 60024151			36 - Descrição OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 1 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR 1 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1								lic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1		
5-		-I									_		
Dados da autorização													
39 - Data provável da Admis	ssão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto 1	orizadas 4	1 - Tipo de /	Acomodaçã	ão autorizad	la					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04		11	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justificati Telefone Contratado: (43 a / Empresa / Titular: UNI)3372-0900 / Er										1. exceto	o 3073121 6	6, conforme auditori

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ociada 95411057	4 - Senha	5 - Data da Autorização 10/06/2024 18:11	o pela Operadora 95411057				
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
8522200027011286									
8 - Nome									
GRACE KELLY DIVINA	BENTO								
Dados do Profissional Solicit	ante								
9 - Nome do profissional solicita	ante		10 - Telefone	11	- E-mail				
ROBERTO GRANGE GA	ASPARELLI								
Dados da cirurgia									
	IONAMENTO OU REFOR	RCO DO LIGAMENTO CRUZ ED DE ORIGEM. exceto 3073							
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 70627657 10208610040	PLA		LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1		_ 1	,		
2- 70530815	DAI		RUCAO LIGAMENTAR (ESTERILIZADO) - 3	-		l 1			
10209780026	1.01		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
3- 00 100066879	CAN		RT HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-			I 1	,		
81288540024			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		_	1		
4-					 _l	_	_ ,		
						_ _			
5- _					_ _ _ ,	_	_,		
	_				_ _ _ _	_ _			
6- _					_	_	,		
	_				_				
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/06/2024 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. exceto 30731216, conforme auditoria / Empresa / Titular: UNIMED CENTRO PAULISTA FEDERACAO INTR AFEDERATIVA DAS COOPERATIVAS MEDICAS									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	oficeional Solicitanto		28 - Accinature de	Responsável pela Autorização				
20 - Data da Sulicitação	Z1 - Assinatura do Pro	JIISSIONAL SUHCILAINE		Zo - Assinatura do	r Kesponsaver pela Autorização				