

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91935787

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído p	ela Operado	ora								
343269	ramero da Cala	, unbuldo p					91935	787				
4 - Data da Autorização 20/07/2023 16:	5 - Senha	910	935787	6 - Data de Va								
20/07/2023 16:39 91935787 18/09/2023 Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Valid	dade da Cartei	ra	9 -	Atendimento d	de RN	7			
0050000004223783 04/03/2025				2025			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome MARIA APARECIDA VALENTIM RODRIGUES												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora												
10.246.214/0001-04		UNIC	ORT E OR	RTOPEDIA	ESPECIA	LIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL MAURICIO BELETATO					15 - Conselho Profissional 16 - Número d 06 28806			- Número do C 3806	Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270			
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dade	os da Inte	rnação									
19 - Código na Operadora / C	11		•	/ Local Solicita						11		ara Internação
10.246.214/0001-04				PEDIA ESP						<u> </u>	023 00:0	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	rnação	24 - Regime	de Internação	25 - Qt	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Previsa	šo de uso de OP	ME 27 - F	Previsão de ι	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica LESAO CONDRAL												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (d			opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 3			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solid	citados										
34 - Tabela 35 - Código d	o Procedimento	OST REC PCT	ONSTRU ARTROS	CAO, RETE SCOPIA DE	ENCIONA TORNOZ RELHO /	MENTO (ELO - EN EQUIPA	DU REFOR(IF - UNIOR MENTO PA	CO DE L TE RA ART		A (E 1 - PR 3 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 3 1 1
12-	_ _										-II -	
Dados da autorização	ão hospital IF	10 04-2- 5	liárica Aut	rizodes II.	14 Tine -	Anome -!:	ão outories d					
39 - Data provável da Admiss	ao nospitalar	40 - Qtae L	Diárias Autor 1	rizadas 4		Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado					ALIZADA	LTDA					44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/07/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIPORA 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

Unimed A

	_					
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído p	ela Operadora
343269	91935787		91935787	20/07/2023 16:39		91935787
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000004223783						
8 - Nome						
MARIA APARECIDA VA	ALENTIM RODRIGUES					
Dados do Profissional Solici	itante					
9 - Nome do profissional solici	tante	10 - Telefone	11	I - E-mail		
RAFAEL MAURICIO BE	ELETATO					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica LESAO CONDRAL LESAO CONDRAL						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M	Material 15 - Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate	erial 22 - Referência do mater	ial no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET	ORMED - 001030306	1	,	_ 1	_,
80777280006	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 78890578		LICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - A	2	,	_ 2	_,
80083650087	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _ _		
3- 71876561	ANCORA COM SUTURA E AF	PLICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 -	1	,	_ 1	_,
80083650063	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- _	_ _ _			_	_	_,
			_ _ _ _	_ _ _ _ _	_	
5- _	_ _ _ _			_	_	,
				_ _ _ _ _	_	
6-				_! !_!_!_!_!,!_!.	-	_ _ , _
					_	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
	372-0900 / Emitido em 20/07/2023 / Empresa / Titular: /	ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS D	E IBIPORA			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		