

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94003931

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núme	ro da Guia Atri	buído pela Opera	adora								
4 - Data da Autorização		5 - Senha 6 - Data de Validade da				94003931 Senha						
07/02/2024 12:06		11		Data de Vallo	15/04/2024							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Va	alidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN					
9942009539850012						N						
50 - Nome Social												
10 - Nome CAMILLA STEFANI DOS SANTOS												
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						15 - Conselho Profissional 16 - Número do C			nselho	17 - UF	18 - Código CBO	
RAFAEL MAURICIO					06	06		28806		41	225270	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação  19 - Código na Operadora / CNPJ   20 - Nome do Hospital / Local Solicitado   21 - Data sugerida para Internação												
10.246.214/0001-04	CIALIZADA L	ΓDA				2024 00:0	-					
22 - Caráter do Atendimento  1	11 '		ção 24 - Regin	24 - Regime de Internação 25		Qtde. Diárias Solicitadas  1 26 - P		evisão de uso de OPN <b>S</b>	l t		Previsão de uso de Quimioterápico  N	
29 - CID 10 Principal (opc	onal)	30 - CID 10/2	(opcional)	31 - CID 10(3) (opc	Signal) 32 - CII	110(d) (opcio	nal)   [	33 - Indicação da Δ	sidente (a	cidente ou d	oenca relacionada)	
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 de general de la cidente de la ci								ooniqu roladionidada)				
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.												
1- 22 3073405 2- 98 0801198 3- 18 6002415 4-	3 0 1	cedimento	RECONSTR PCT ARTRO	RUCAO, RETEN OSCOPIA DE TO TAXA DE APAR	ORNOZELO - A	PT - UNIOF	RTE ARA A	E LIGAMENTO -	PR 2	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  2  1	
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar   40 - Qtde Diárias Autorizadas   41 - Tipo de Acomodação autorizada												
วช - บลเล provavel da Adn	iissao ho	spitaiar    40 -	Qtde Diárias Aut	torizadas 41 12		içao autorizad	d					
										44 - Código CNES <b>6528104</b>		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A  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

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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 94003931 94003931 07/02/2024 12:06 94003931 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 9942009539850012 8 - Nome **CAMILLA STEFANI DOS SANTOS** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **RAFAEL MAURICIO BELETATO** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica LESAO LIGAMENTO TORNOZELO LESAO LIGAMENTO TORNOZELO 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 23 - Nº Autorização de Funcionamento 101445270 1- 00 HTA - HEADLESS TITANIUM ANCHOR - 315-35-01-00 HTA 3.5 X 10.0MM 10247700152 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 76221105 ANCORA EM PEEK COM INSERSOR - GMREIS - 320-351580-PE2 - ANCO 10247700123 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00499218 CANULA MICRODEBRIDACAO AMC F 2.4X4.5MM 891630000 80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização