

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94277697

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número o	da Guia Atri	buído pela Opera	idora								
343269							9427	7697				
4 - Data da Autorização	11	- Senha	04077007	6 - Data de Valid		1						
04/03/2024			94277697		12/0	5/2024						
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira	1	19-	Atendimento	de RN				
8650002051107018	3			nadao aa oanona	•		N	40				
50 - Nome Social												
10 - Nome												
REGINA APAREC	DA VITOR	YONAHA	4									
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C	ontratado PRTOPEDIA E	SDECIA	1 17 A D A	LTDA					
14 - Nome do Profission			ONION L C	INTOI LDIA L			elho Profissio	nal l	16 - Número do C	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
RAFAEL MAURICI		то			- 11	06 28806				41		225270
Dados do Hospital / Lo	ocal Solicitado	o / Dados o	da Internação								1	
19 - Código na Operado	ra / CNPJ	20 -	Nome do Hospit	al / Local Solicitad	do					21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-0	4	UN	IORT E ORT	OPEDIA ESPE	ECIALIZA	ADA LT	DA			15/03/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimer	nto 23 - Tipo	o de Internaç	ção 24 - Regin	ne de Internação	25 - Qto	de. Diárias <b>1</b>	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OP	ME 27 - I	Previsão de ι	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica				-								
HALLUS RIGIDO BILA	ATERAL											
												•
29 - CID 10 Principal (op	ocional) 30	) - CID 10(2)	) (opcional)	11 - CID 10(3) (opc	cional)	32 - CID	10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou d	oenca relacionada)
, (),	, , , , , , , ,		, (0) 0.0	Spoionally Old To(o) (opolonally			02 0.5 10(1) (opolonal)		9			,
Procedimentos ou Iter	ns Assistencia	ais Solicitad	dos									
34 - Tabela 35 - Cóo		limento	36 - Descrição								- Qtde. Soli	
1- 22 307340							-		O E OU PLASTI	•		2
2- <b>22</b> 307292 3- 18 600005				APARTAMEN			MEIAIAR	505/1	FALANGES - TR	AI 4 1		4
4- 18 600241							MENTO PA	ARA A	RTROSCOPIA I	-		1
5-		.  _								_	_	_ _
6-		.								_	_	_ _ _
7-   _		.  _									_	
	8-											
9-             10-	 	.   									_   	 
11-	 										_   	
12-		 .										iii
Dados da autorização												
39 - Data provável da Ad	dmissão hospit	talar 40 -	Qtde Diárias Aut	11		Acomodaç	ão autorizad	а				
			1	12								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES												
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104												
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/03/2024 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL												
46 - Data da Solicitação	11	47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assin	atura do B	eneficiário o	ı Resno	onsável 49 - Ass	inatura do	Resnonsávi	el nela Autorização



## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269	94277697		94277697	04/03/2024 10:56		94277697		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
8650002051107018								
8 - Nome								
REGINA APARECIDA	/ITOR YONAHA							
Dados do Profissional Solic	itante							
9 - Nome do profissional solici	tante	10 - Telefone	11	I - E-mail				
RAFAEL MAURICIO BI	ELETATO							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica								
HALUX RIGIDO BILATERA HALLUS RIGIDO BILATER								
	AL .							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do I				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	0 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00781401	LAMINA MICRO SERRA SS (		1		_  1	,		
80356130059		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
2- <b>73735655 10247700104</b>		•	2		_  2	,		
		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _				
3- <b>00 00499218 80356130052</b>		AO AMC F 2,4X4,5MM 891630000   CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1	_,		
4-	ARTHROW COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLIDA		_				
<sup>4-</sup>				_	_	_ ,		
	-	-            		_!!!!!!!	 -	,		
					-I	IIIII		
6-					 -	_ _ , _		
				_		111711		
24 - Especificação do Materia								
2. Zoposmouguo do maiona								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/03/2024 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				