

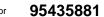
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95435881

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ro da Guia A	Atribuído	pela Opera	dora								
343269				95435881									
4 - Data da Autorização	44.00	5 - Senha	0.5	425004	6 - Data de Val								
12/06/2024 Dados do Beneficiário	11:29		95	435881		20/	/08/2024						
7 - Número da Carteira				8 - Val	idade da Carteira	<u></u> а	9 -	Atendimento	de RN				
8650003971981303							N N						
50 - Nome Social													
10 - Nome													
SOFIA RAFAELA C			SKI										
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado													
10.246.214/0001-04			11		RTOPEDIA E	ESPECI	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissiona	al Solicitan	te					15 - Cons	elho Profissi	onal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
MARCO MAKOTO	INAGAK	(I				06			28767		41	225270	
Dados do Hospital / Lo	cal Solicit	tado / Dado	s da Inte	ernação									
19 - Código na Operador		- 11			I / Local Solicita		745417	D.4			11		ara Internação
10.246.214/0001-04							ZADA LTDA					2024 00:00	
22 - Caráter do Atendimen	to 23 -	Tipo de Inter	naçao	24 - Regim	e de Internação 1	25 - G	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OP S	ME 27 - 1	Previsao de i	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica S93								<u> </u>					
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			(2) (opci	(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Iten	s Assister	nciais Solici	itados										
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307311 2- 22 307340 3- 22 307340 4- 18 600005 5- 18 600241 6-	19 45 53 54 51	cedimento	TEI OS RE	TEOCON CONSTRI ARIA DE A	UCAO, RETE APARTAMEN AXA DE APAR	A - ESTA NCIONA ITO SIM RELHO	ABILIZAC AMENTO PLES / EQUIPA	AO, RESS OU REFOI MENTO P	ECCA RCO D	O E OU PLASTI DE LIGAMENTO ARTROSCOPIA I	1 A (E 1 - PR 1 1 PAR 1 _	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
8-											- - - -		
Dados da autorização													
39 - Data provável da Admissão hospitalar de la Composition de la													
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 12/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável 49 - Assinatura do Responsável 149 - Assinatura do Res													



Unimed A

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

- Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada			4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		95435881		95435881	12/06/2024 11:29	954358		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - No	ome Social						
8650003971981303								
8 - Nome								
SOFIA RAFAELA GOM	ES ZEMPULSKI							
Dados do Profissional Solici	tante							
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1	1 - E-mail			
MARCO MAKOTO INAC	BAKI							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica PACIENTE COM QUADRO S93 AUTORIZADO CONFORME		OSTEOCONDRAIS E I	LIGAMENTARES CRôNICAS DE TORNOZELO ESC	UERDO				
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do N					e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate		2 - Referência do materi		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 101068301 80743230075			LAR RF - ELBART007 - ART BEVEL 3,0 NO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ - - - - - - - - - - - - - -	_ 1	,	
2- 71502661			ERKNOTTM - 912068 ANCORA FLEXIVEL J			2		
			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>-</u>		-1 - 1	·	
3- 00 00933023	CANULA E	BROCA AFILADA 20	D GRAUS 5,5X190MM 11-08-09-07-05	2		2		
81130100011	A	ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		-		
4- _					_ _ _ ,	_	_ ,	
	_ _ _ -		 _ _ _ _ 		_ _ _ _	_ _		
5- _	_ _				_ _ _ , _	_	_ ,	
	_ _ _ -	_ _ _ _ _		_ _	_ _ _ _ _	_ _		
6-					_	_	,	
						_		
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissiona	al Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			