

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94505949

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da O	Luia Atribuí	ído pela Oper	adora								
343269	o - Numero da C	dia Allibui	luo pela Oper	auora			9450	5949				
4 - Data da Autorização <b>22/03/2024</b>	5 - Se	nha	94505949	6 - Data de Val		Senha 05/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
50 - Nome Social	9700020009843927 N N 50 - Nome Social											
10 - Nome MARCIANO HYGINO DA SILVA												
Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Operadora   13 - Nome do Contratado												
12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61		- 11		AO EVANGEL	ICA BE	NEFICE	NTE DE L	ONDR	INA			•
14 - Nome do Profissional						l	elho Profissio	onal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
RAFAEL LEITE DE I						06			23538		41	225270
Dados do Hospital / Loc 19 - Código na Operadora			•	tal / Local Solicitad	do					21 - Data	sugerida p	ara Internação
78.613.841/0001-61		11		EVANGELICA		FICENTE	DE LON	DRINA		11	2024 07:0	-
22 - Caráter do Atendimento  1	- 11	Internação	24 - Regir	ne de Internação  1	25 - Q	tde. Diárias <b>1</b>	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OP	ME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica IMPACTO FEMOROAC	ETARIII AR							·				
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (d			(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de			33 - Indicação de A	e Acidente (acidente ou doença relacionada)  9		
Procedimentos ou Itens												
1- 22 3073804 2- 22 3073805 3- 18 6000080 4- 18 6002415 5-                  6-  _                8-  _                10-  _                11-  _                12-  _	9 5	T (	CONDROPI DIARIA DE ALUGUELT	ITO DO IMPAC LASTIA COM S QUARTO COI	SUTURA LETIVO RELHO/	LABRAL DE 2 LEI EQUIPA	- PROCE TOS COM MENTO P	BANH ARA A	ROCEDIMENTO ITO VIDEOART EIRO PRIVATIV RTROSCOPIA	VID 1 RO 1 /O 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar   40 - Qtde Diárias Autorizadas   41 - Tipo de Acomodação autorizada												
			1	1								
42 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61								44 - Código CNES <b>2550792</b>				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 22/03/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PA ULO CONFEDERAÇÃO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
46 - Data da Solicitação	47	<ul> <li>Assinatur</li> </ul>	a do Profissio	mai Solicitante	48 - ASSI	natura do B	enericiario o	u ĸespo	nsaver   49 - Ass	inatura do	responsav	eı peia Autorização 📗



Unimed A

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referen	ciada <b>94505949</b>	4 - Senha	ha 94505949		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 9450			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
9700020009843927									
8 - Nome									
MARCIANO HYGINO DA	A SILVA								
Dados do Profissional Solicit	ante								
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail									
RAFAEL LEITE DE PINI	HO TAVARES								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica EM ANEXO IMPACTO FEMOROACETA AUTORIZADO CONFORME									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M	aterial 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mater	ial	22 - Referência do mater	ial no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- <b>72549890</b>	ANG	CORAS JUGGERKNOT E	JUGGERKNOTLESS - 916030: 1.45 MM JUG	2	_ ,	_  2	_ ,		
80044680279		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_				
2- <b>00614262</b>	PON	NTEIRA PARA RADIOFRE	QUENCIA IIIAD003FG206	1	,	_  1	_ ,		
80082910131		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_				
3- <b>00241202</b>	TRO	CATER ARTROSCOPICO	8,25X90MM PARTRO009	1	,	_  1	_ ,		
80371250020		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
4- 00 00660183	CAN	NULA CORTADOR MENIS	CO AGRESSIVO 0 GRAU 5,5X190MM 11-05-	3	_ ,	_  3			
81130100011		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
5- 00 00612103	EQI	JIPO BOM INFUSAO ART	ROBOMBA AEQU02	<u> </u> 1		_  1			
81130100006		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	· .					
6- 00 75043114	SUT	TURA CIRURGICA TRANC	ADA UHMWPE COM AGULHA - 0234151-09	2		_  2			
80083650067		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		_ <b>.</b>			
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa	25 - Observação / Justificativa								
	378-1000 / Emitido em 22/	03/2024 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titula	r: UNIMED DO ESTAD	O DE SAO PAULO CONFEDERA	ACAO ESTADUAL COOPE	RATIVAS MEDICAS		
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante					Responsável pela Autorização				



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

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		94505949		94505949	22/03/2024 10:13		94505949			
Dados do Beneficiário		Too. News Oardal								
7 - Número da Carteira 9700020009843927		29 - Nome Social								
8 - Nome MARCIANO HYGINO DA SILVA										
Dados do Profissional Solici	ante									
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1	1 - E-mail					
RAFAEL LEITE DE PIN	HO TAVARES									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica EM ANEXO IMPACTO FEMOROACETA AUTORIZADO CONFORME										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate 7- <b>00 00613282</b>		22 - Referência do mater	ial no fabricante DESIVA INCISIONAL 4989	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_  1	_			
80804050002	OI C	STE INCIDET ELICOLA A	SECIVA INCIDIONAL 4303		י י י  		IIII1			
8-	_			 		_	_,			
9-   _      _   _ _ _ _ _	_    _  _			_   _   _ .  _      -  -  -	_	_	_ _ , _			
10-  _    <u> </u>  _ _ _	-       -			_   _   _ .  _      -  -  -	_	_	_ _ , _			
11-       _	-      -			_   _   _ - - - - - - - - - - - -	_	_	_ _ , _			
12-	_    _  _			 -     - - - - -	_	_	,			
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 22/03/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFEDERAÇÃO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização					