

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91796836

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núme	ero da Guia Atri	buído pela Opera	adora		0170	06836				
		91796836									
4 - Data da Autorização 5 - Senh <b>07/07/2023 14:57</b>		5 - Senna	l t		05/09/20	3					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			† <b>†</b>	llidade da Carteira		9 - Atendiment	o de RN				
0050000032075866			28/0	8/2025		N	l				
50 - Nome Social											
10 - Nome ORLANDO FINI											
	Dados do Contratado Solicitante										
i .	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado  10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA										
14 - Nome do Profissiona					15 - C <b>06</b>	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 28806			nselho	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Lo	cal Solic	itado / Dados o	da Internação								
19 - Código na Operador				al / Local Solicitado	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04				OPEDIA ESPE						2023 00:0	
22 - Caráter do Atendimen	to 23 -	- Tipo de Interna <b>C</b>	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	11	as Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OPN <b>S</b>	1E 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica							11				
		0.000									
29 - CID 10 Principal (op	cionai)	30 - CID 10(2)	(opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - 0	ID 10(4) (opcio	onai)	33 - Indicação de Ad	cidente (a	9	loença relacionada)
Procedimentos ou Iten											
34 - Tabela     35 - Cód       1- 22     307291       2- 22     307292       3- 22     307311       4- 18     600008	81 03 27	ocedimento	HALLUX VA OSTEOTOM TENOPLAS	ALGUS (UM PE IIA OU PSEUD TIA DE TENDA	ARTROSE DO	S METATA S REGIOES	RSOS/I	FALANGES - TRA	1 AT 4 1	' - Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 4 1
5-									_    _    _    _    _		
Dados da autorização	mieoão E	oenitalar   40	Otdo Diórico Acri	torizadas 44	- Tipo do Asser	dação outoris-	da				
39 - Data provável da Ad	missao h	ospitalar   40 -	Qtde Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de Acomo	uaçao autoriza	ua				
42 - Código na Operador 10.246.214/0001-04		J autorizado	•	lospital / Local Auto		DA LTDA					44 - Código CNES <b>6528104</b>
45 - Observação / Justific Telefone Contratado:			o em 07/07/202		ular: SILVIA RI		ou Resno	onsável   49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	o pela Operadora
343269		91796836		91796836	07/07/2023 14:57		91796836
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000032075866							
8 - Nome		J L					
ORLANDO FINI							
Dados do Profissional Solic	itante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
RAFAEL MAURICIO BI	ELETATO						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica							
Hallux valgus + metartalgia Hallux valgus metartalgia							
Tialiux valgus Tiletartaigia							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 75607298			SAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES F	1 1 2		_  2	,
81118460005			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	, <u> </u>		-1 -	1-1-1-1-171-1-1
2- 00947210	PA	RAFUSO COMPRESSAO	SNAP 2,0X11MM P01.020.011			_  1	,
10314800071		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.—.   _ _ _ _		-	
3- <b>00770078</b>	FIC	KIRSCHINER LISO 4,0X3	00MM 1026-01-000	<u> </u> 2	_ _ _ ,	_  2	_ _ , _
10171110015		CIRUSIL COM DE IN	MPLANTES ORTOPEDICOS LTDA				
4-   _					_   _ _ , _	_	_ _ , _
	_ _ _				_ _ _ _	_ _	
5-					_   _ _ ,	_	_ _ , _
	_ _ _		_		_ _ _ _	_	
6-   _			<del></del>		_		,
						<u></u>	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa		/07/2023 / Empresa / Titular:	SILVIA REGINA FINI				
Telefone contratado. (40)e	or 2 0000 / Emiliao em 07/	101/2020 / Empresa / Titulai.	OIEVI/CRESHWCT HVI				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização		<del></del>