

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94087259

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N 343269	úmero da Guia A	tribuído pela Ope	radora		94087	259				
4 - Data da Autorização 16/02/2024 10:2	5 - Senha	94087259	6 - Data de Valid	lade da Senha 16/04/2024						
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		8 - V	alidade da Carteira	9	- Atendimento d	de RN				
0050000001459930		05/0	01/2026		N					
50 - Nome Social										
10 - Nome										
MARIA DE LOURDES E	RANDOLIN (CRUZ								
Dados do Contratado Solicit	ante									
12 - Código na Operadora		13 - Nome do	Contratado							
10.246.214/0001-04		UNIORT E	ORTOPEDIA ES	SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profissional Soli	citante			15 - Cor	selho Profission	al 1	6 - Número do Co	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIRO	Z		06	06 17905				41	225270
Dados do Hospital / Local S	olicitado / Dados	s da Internação								
19 - Código na Operadora / CN	11		ital / Local Solicitado							ara Internação
10.246.214/0001-04	U	NIORT E ORT	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L	ΓDA			25/02/2	2024 00:0	0
1	23 - Tipo de Intern	nação 24 - Regi	me de Internação	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Previ	são de uso de OPI	ME 27 - F	Previsão de I	uso de Quimioterápico
1	С		1	3			S	L		N
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10((2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - Cli	0 10(4) (opciona	ıl) <u>3</u> 3	3 - Indicação de A	cidente (ad	cidente ou d 9	oença relacionada)
Procedimentos ou Itens Ass	istenciais Solicit	ados							-	
	Procedimento	36 - Descrição	0					37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30726034 2- 18 60000554 3-	_ _		ASTIA TOTAL D					CIR 1 3 	_ _	1 3 _
6-	_ _ _ 							- - - -	- - - -	
11-	_ _							_ _	- -	_ _
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admissã	o hospitalar 40) - Qtde Diárias Ai 3	utorizadas 41 - 12	- Tipo de Acomod	ação autorizada					
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 16/02/2024 / Empresa / Titular: IRINEU DE FREITAS CRUZ 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

Unimed A

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

· · ·	3 - Número da Guia Referenciada 4 - Ser		4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		94087259		94087259	16/02/2024 10:29		94087259
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000001459930							
8 - Nome							
MARIA DE LOURDES E	BRANDOLIN CRUZ						
Dados do Profissional Solic	tante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVI	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica							
INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A							
INDIOAÇÃO CLINICA LIVIA	INLXO						1
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M 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 de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada 20) - Valor Unitário Autorizado
1- 74906119			ALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO			1	,
80044680276			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		– I	1-1-1-171-1-1
2- 74902318	INS	ERTO ARTICULAR DE PO	DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596			I 1	_ _ ,
80044680272		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. <u></u>			1111/111
3- 00 73990930	COI	MPONENTE FEMORAL O	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01	1		_ 1	_ _ ,
80044680277		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
4- 00 72397950	CIM	IENTO OSSEO PARA OR	TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	<u> </u> 2	,	_ 2	,
10243070064		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _			
5- _	_ _ _				_ _ _ , _	_	_ _ , _
	_ _ _ _				_ _ _ _	_ _	
6- _	_				_	_	,
	_ _ _			_ _	_ _ _ _	_	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa		00/0004 / E / Titules	IDINELL DE EDELTAG ODLIZ				
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 16/0	02/2024 / Empresa / Titular:	IRINEU DE FREITAS CRUZ				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
•					-		