

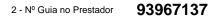
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93967137

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	- Núme	ro da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora							
1 - Registro ANS 343269 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93967137						67137					
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Vali							
05/02/2024 0	8:19		93967137		05/04/202	ı					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 0050000006173961			- 11	ilidade da Carteira 2/2026		- Atendimento					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
IVANIR DE SOUZA L	JEMUR	RA									
Dados do Contratado So	licitante										
12 - Código na Operadora			13 - Nome do C		CDECIAL IZAT	ALTDA					
10.246.214/0001-04	Caliaitant	to	UNIORTEC	PRTOPEDIA E			ional	16. Número do C	anaalha	ا المحالات	19 Cádigo CBO
ALEXANDRE DE OL			2		06	15 - Conselho Profissional 16 - Número do Co			onseino	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Loca											
19 - Código na Operadora			-	al / Local Solicitad	lo				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		11		OPEDIA ESPE		TDA			10/02/2	2024 00:0	00
22 - Caráter do Atendimento	23 -	Tipo de Interna	ção 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde. Diári	s Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OP	ME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
1		С		1	3			<u> </u>			N
29 - CID 10 Principal (opcid	onal)	30 - CID 10(2	(opcional)	31 - CID 10(3) (opo	cional) 32 - Cl	O 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A	•	gidente ou d	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens											
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 3072603		cedimento	36 - Descrição		OF JOELHO CO	M IMPI AN	TES - T	RATAMENTO (- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 18 60000384				ACOMPANHAI					1		1
3- 18 6000055 4	4		DIARIA DE	APARTAMEN [®]	TO SIMPLES				3		3
4-											
Dados da autorização 39 - Data provável da Adm	issão ho	spitalar 140	- Qtde Diárias Aut	torizadas 141	- Tipo de Acomoo	acão autorizad	da				
55 - Dala provaverda Adm	133aU 110	opitalal 40	- Qide Diarias Aui	12		ayao autonzat	Ja				
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								44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/02/2024 / Empresa / Titular: PAULO SUEO UEMURA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



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

Unimed A

· · ·	3 - Número da Guia Refere		4 - Senha	00007407	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuí			
343269		93967137		93967137	05/02/2024 08:19	1	93967137		
Dados do Beneficiário		Too News Outst							
7 - Número da Carteira 0050000006173961		29 - Nome Social							
]							
8 - Nome IVANIR DE SOUZA UEI	I URA								
Dados do Profissional Solicitante									
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	11 - E-mail				
ALEXANDRE DE OLIVI	EIRA QUEIROZ								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M		- Descrição	Stanfold Stanfold		le. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 74906119		22 - Referência do mater	LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1	_ _ _		
80044680276	00		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_	יי 	_ '	IIII ¹ II		
2- 74902318	IN:		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	1		1	_ _ ,		
80044680272		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _		_ ,			
3- 00 73990930	CC	OMPONENTE FEMORAL OF	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01	1	_ _ _ ,	_ 1	_ _ , _		
80044680277		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
4- 00 72397950	CII		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2	_ _ _ ,	_ 2	_ _ , _		
10243070064		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
5-	_ _ _				! !!!!-!-!!-	_	,		
	_ _ _		-			_ _	_ ,		
6-	_ 					_	- - -		
24 - Especificação do Material				<u> </u>		<u></u>			
24 Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 05	5/02/2024 / Empresa / Titular: I	PAULO SUEO UEMURA						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do F	Profissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização				