

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94691867

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído p	pela Operad	ora								
343269							946918	867				
4 - Data da Autorização 08/04/2024 17:	5 - Senha	940	691867	6 - Data de Va		Senha 06/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			11	dade da Carteir	ra	9 -	Atendimento d	e RN				
0050000005296318 17/07/2024							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome IVANIL FERREIRA CA	10 - Nome IVANIL FERREIRA CARDOZO											
Dados do Contratado Solic	itante											
12 - Código na Operadora		H	lome do Cor									
10.246.214/0001-04		UNIC	ORT E OF	RTOPEDIA I	ESPECIA			. 11		1	[<u></u>	
								18 - Código CBO 225270				
Dados do Hospital / Local S			•									
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 15/04/2024 00:00									•			
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	rnação	24 - Regime	de Internação	25 - Qt	tde. Diárias	Solicitadas 2	26 - Previsã	o de uso de OP	ME 27 - P		so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)		onal) 31	31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença r		oença relacionada)		
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solid	citados										
1- 22 30726034 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4-	o Procedimento	ART DIAI	RIA DE A	COMPANHA RUARTO CO	ANTE CO	M REFEI DE 2 LEI	CAO COMP	LETA ANHEIR		CIR 1 3	 	2. 38 - Qtde. Aut. 1 3 3
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	äo hospitalar -	40 - Qtde D	Diárias Autor 3	rizadas 4		Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local / UNIORT E ORTOPEDIA						ALIZADA	LTDA				- 11	44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/04/2024 / Empresa / Titular: IVANIL FERREIRA CARDOZO 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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		94691867		94691867	08/04/2024 17:20	94691867		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000005296318								
8 - Nome								
IVANIL FERREIRA CAI	RDOZO							
Dados do Profissional Solid	itante							
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail			
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica ARTROPLASTIA TOTAL D ARTROPLASTIA TOTAL D								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do I	Material 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 73991953	COI		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52	1		_ 1 ,		
80044680277 2- 74896717	601		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 74896717 80044680257	COI		LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	_ ,	_ 1		
3- 00 74948326	DI A		ENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5964-30-17 C	_ _ _ _ 		_ 1		
80044680317	FLA		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		⁻ - 			
4- 00 72397950	CIM		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C			_ 2 _ _ , _		
10243070064	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	' <u>-</u> ' -				
5-						_		
6- _	_ _ _				_	_		
						_ _		
24 - Especificação do Materia								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/04/2024 / Empresa / Titular: IVANIL FERREIRA CARDOZO								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização			