

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93139226

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia A	tribuído pela Opera	dora								
<b>343269</b>	Numero da Guia A	шівшао реіа Орега	uora		93139	226					
4 - Data da Autorização	5 - Senha	93139226	6 - Data de Valid								
10/11/2023 12:	:33	93139226		09/01/2024							
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira   8 - Validade da Carteira   9 - Atendimento de RN											
0050000002991180		11	2/2024		N	uc mi					
50 - Nome Social											
Trome coolar	50 - Nome Social										
10 - Nome											
MARCELO DE CAMPO	OS BUENO										
Dados do Contratado Solic	itante	1.									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do Co		SPECIALIZAD <i>A</i>	LTDA						
14 - Nome do Profissional So	licitante	ONIONIEO	ICTOT EDIA EC		elho Profission	nal T	16 - Número do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO	
MAURICIO RODRIGUE				06	1 11			1001110	41	225270	
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dado	s da Internação									
19 - Código na Operadora / C	NPJ 20	0 - Nome do Hospita	al / Local Solicitado	)				21 - Data	sugerida p	ara Internação	
10.246.214/0001-04	u	NIORT E ORTO	PEDIA ESPE	CIALIZADA LT	DA						
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Interr	nação 24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas	26 - Prev	visão de uso de OPM	E 27 - P	revisão de i	uso de Quimioterápico	
1	С		1	2			<u> </u>				
29 - CID 10 Principal (opcional M169  Procedimentos ou Itens As 34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30724058 2- 18 60000554 3-	sistenciais Solici	tados 36 - Descrição ARTROPLA: DIARIA DE	APARTAMENT	JER TECNICA C		DE Q	UADRIL) - TRAT	37 -	g Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 2	
7-				Tipo de Acomodaç				     	_    _    _    _		
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 <b>6528104</b>		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/11/2023 / Empresa / Titular: MARCELO DE CAMPOS BUENO  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



## Unimed A

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

1 - Registro ANS			4 - Senha		5 - Data da Autorização	atribuído pela Operadora	
343269		93139226		93139226	10/11/2023 12:33		93139226
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000002991180							
8 - Nome <b>MARCELO DE CAMPO</b>	S BUENO						
Dados do Profissional Solid	itante						
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
MAURICIO RODRIGUE	S MIYASAKI						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica DOR EM QUADRIL ESQUI DOR EM QUADRIL ESQUI							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do l		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	tado 19 - Qtde. Autoriz	zada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fal 1- 74898957 CUPULA ACETABULAR METALICA				23 - Nº Autorização I I 1 1	de Funcionamento		
1- <b>74898957</b> <b>80044680269</b>	Cur		ALICA ZIMMER - 00-6200-048-20 - CUPULA CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1	,
2- <b>00 73996750</b>						_  1	,
80044680304				 		-1	1-1-1-171-1-1
3- <b>00 73993514</b>	COI	ARES CERAMICOS - 00-8775-008-32			_  1	,	
80044680286		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _			
4- 00 74003976	74003976 CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMI			1	,	_  1	,
80044680330			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _			
5- <b>00 74326546</b>	ACI		CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-30	<u>2</u>		_  2	,
80175510058		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
6-          _    _ _	 				_	-l	_ _ , _
24 - Especificação do Materia 25 - Observação / Justificativa							
			MARCELO DE CAMPOS BUENO	28 - Assinatura do	) Responsável pela Autorização		
3	11						