

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95164691

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	a Atribuído	pela Opera	dora				_				
343269							951646	691				
4 - Data da Autorização 17/05/2024 13:	5 - Senha		5164691	6 - Data de V		Senha 07/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
147000001927263 N												
50 - Nome Social												
10 - Nome ANGELO PEDRO PELISSON												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		- 11	Nome do Co		FORFOL							
10.246.214/0001-04		UNI	ORIEO	RTOPEDIA	ESPECIA			. 11.0	N/	1		
14 - Nome do Profissional Solicitante MARCUS VINICIUS DANIELI						15 - Conselho Profissional 16 - Número do 18734			- Número do C 734	onselho	17 - UF 41	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 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 25/05/2024 00:00										•		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qt	tde. Diárias	Solicitadas 2	?6 - Previsã	o de uso de OP	ME 27 - F		uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica	I.				1							
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (op			pcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 -	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacion 9			oença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Sol	icitados										
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30726034 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto 2	11	41 - Tipo de 12	Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado				cal Autorizado 44 - Código CN DIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104					44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/05/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO												
46 - Data da Solicitação	47 - A	ssinatura	o Profission	nal Solicitante	11 48 - Assii	natura do B	eneficiário ou F	Responsáv	el 49 - Ass	inatura do l	Responsávo	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 Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		95164691		95164691	17/05/2024 13:46		95164691		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
1470000001927263									
8 - Nome									
ANGELO PEDRO PELI	SSON								
Dados do Profissional Solici	tante								
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	I - E-mail				
MARCUS VINICIUS DA	NIELI								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica ARTROPLASTIA TOTAL DI ARTROPLASTIA TOTAL DI AUTORIZADO CONFORME	JOELHO COM IMPLANT								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M	laterial 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 mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 74896466	CO	-	ALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-047-01 C	1		_ 1	_ ,		
80044680257	DI A		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA ENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5960-30-12 C						
2- 74951955 80044680317	PLA		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	_ 	_ 1	illl _' ll		
3- 00 73990930	CO		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01			_ 1			
80044680277			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-ı ·	·III'IIII		
4- 00 72397950	CIM	ENTO OSSEO PARA ORT	TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C			_ 2			
10243070064		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	· · ·					
5- _				_ _ _	_	_	_ ,		
	_ _ _				_ _ _ _	_ _			
6-	_ _ _				_	_	,		
					_ _ _ _				
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/05/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				
	H			П					