

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92740460

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92740460 | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------|------------------|---|---------------|----------------------------------|---|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 03/10/2023 1 | 7:14 | 7-14 5 - Senha | | 6 - Data de Validade da Ser 0460 02/12 | | Senha 12/2023 | | 1 | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN | | | | | | | | | | | | |
| 005000003745042 | | | | 28/08/2025 | | | N | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome NEIDE MARQUI DE OLIVEIRA | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA | | | | | | | | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional | Solicitan | te | 1 | 15 - Cor | | | 5 - Conselho Profissional 16 - Número do Cons | | | | | |
| ALEXANDRE DE OL | IVEIR | A QUEIRO | Z | | 06 17905 | | 17905 | | 41 | 225270 | | |
| Dados do Hospital / Loca | | | | | -1- | | | | 04 D-+- | | | |
| 19 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 | | UI | NIORT E OR | pital / Local Solicitad | ECIALIZAD | | | | 10/10/2 | 023 00:0 | | |
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | | | ação 24 - Re | 24 - Regime de Internação 25 - | | Qtde. Diárias Solicitadas 26 - P | | Previsão de uso de OPME 27 - F | | Previsão de uso de Quimioterápico N | | |
| 29 - CID 10 Principal (opcie | onal) | 30 - CID 10(2 | 2) (opcional) | 31 - CID 10(3) (op | cional) 32 | 2 - CID 10(4) (opc | ional) | 33 - Indicação de A | | idente ou c 9 | oença relacionada) | |
| Procedimentos ou Itens | Assiste | nciais Solicita | ados | | | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Códige 1- 22 30726034 2- 18 60000384 4- | 4 4 | _ _ _ _ _ | DIARIA D | LASTIA TOTAL I E ACOMPANHA E QUARTO COI | NTE COM I | REFEICAO CO | MPLET M BANH | HEIRO PRIVATIV | IR 1 1 | - Qtde. Soli | c. 38 - Qtde. Aut. 1 3 | |
| Dados da autorização | | | | | | | | | | | | |
| 39 - Data provável da Adm | issão ho | ospitalar 40 | - Qtde Diárias / | Autorizadas 41 | - Tipo de Aco | omodação autoriz | ada | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CN 6528104 | | | | | | | | | 44 - Código CNES 6528104 | | | |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/10/2023 / Empresa / Titular: PEDRO ALVES DE OLIVEIRA 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 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

| · 11 | 3 - Número da Guia Referenciada | 4 - Senha | | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuído p | • |
|--|---|--|---------------------|---|--------------------------------|-----------------------------|
| 343269 | 92740460 | | 92740460 | 03/10/2023 17:14 | | 92740460 |
| Dados do Beneficiário | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | 29 - Nome Social | | | | | |
| 0050000003745042 | | | | | | |
| 8 - Nome | - | | | | | |
| NEIDE MARQUI DE OL | IVEIRA | | | | | |
| Dados do Profissional Solici | tante | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicit | ante | 10 - Telefone | 11 | - E-mail | | |
| ALEXANDRE DE OLIVE | EIRA QUEIROZ | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do N | | | | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | itado 19 - Qtde. Autorizada 20 | - Valor Unitário Autorizado |
| 21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 74896717 | | | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento | | |
| 1- 00 74896717 80044680257 | | ALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ 1 | | _ 1 | , |
| 2- 00 73991953 | | PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52 | | | | |
| 80044680277 | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | _ 1 | , |
| 3- 00 74904590 | | DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596 | | | 1 | , |
| 80044680272 | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | _ | , |
| 4- 00 72397950 | | TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C | 2 | | _ 2 | , |
| 10243070064 | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | <u> </u> | | -1 - 1 | |
| 5- | | | | | _ | _ _ , _ |
| | | | | | _, ,, ,, , _ _ | |
| 6- | | | | | _ | , |
| | | | | | _ _ | |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | |
| | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa | | | | · | | |
| Telefone Contratado: (43)3 | 372-0900 / Emitido em 03/10/2023 / Empresa / Titular: | PEDRO ALVES DE OLIVEIRA | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | | 28 - Assinatura do | Responsável pela Autorização | | |