

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93410877

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	· Número da Guia	Atribuído	pela Opera	adora								
343269							9341	0877				
4 - Data da Autorização	5 - Senha			6 - Data de '	Validade da	Senha						
06/12/2023 10):27	93	3410877		12/	02/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Va	alidade da Cart	eira	9 - /	Atendimento	de RN				
8650002156954098 N												
50 - Nome Social												
10 - Nome												
ALBERTO DA SILVA MENDES												
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11		ontratado DRTOPEDIA	A ESDECI	A1 17 A D A	LTDA					
	. P. 26 C.	UNI	OKIEC	JK TOPEDIA	4 ESPECIA				10. N/		1147 115	1 40 0′ E 000
14 - Nome do Profissional S ALEXANDRE DE OLI		07			15 - Conselho Profissional			- 11	16 - Número do Conselho 17905		17 - UF	18 - Código CBO 225270
			25222						17303][7'	223210
Dados do Hospital / Local 19 - Código na Operadora /			,	tal / Local Solic	ritado				11	21 - Dat	a sugarida r	para Internação
10.246.214/0001-04	11			OPEDIA ES		ZADA LTI	DΑ				a sugenua p 2023 00:0	*
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte			ne de Internaçã		tde. Diárias		26 - Prov	/isão de uso de OPM			uso de Quimioterápico
1	C	illação	24 - Kegili	1	0 25 0	2	Solicitadas	20 - F16V	S		r levisao de	N
28 - Indicação Clínica				•								
		- (-) (11						
29 - CID 10 Principal (opcior	al) 30 - CID 1	10(2) (opci	ional) 3	31 - CID 10(3)	(opcional)	32 - CID ²	10(4) (opcior	nai) 3	3 - Indicação de Ad	idente (a	cidente ou d	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens A	ssistanciais Sali	citados										
	do Procedimento		- Descrição							37	' - Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30733065	do i roccamiento		•		DE UM ME	NISCO -	PROCEDII	MENTO	VIDEOARTROS		Qido. ooi	1
2- 98 08011081		PC	T ARTRO	OSCOPIA DI	E JOELHO	UNIORT	E - ENF			1		1
3- 18 60000805									IRO PRIVATIVO			1
4- 18 60024151		AL	UGUELT	AXA DE AP	ARELHO /	/ EQUIPAI	MENTO PA	ARA AR	RTROSCOPIA P	AR 1		1
5-	_ _ _ _	!									_	
6- _ _ _ _ _ _ _ _ _	 	l I								- 	_ 	
8-		'								- -	_ _	 _
9-		I								i_		
10- _	_ _ _	I									_	_
11-		l								_	_ _	
12-	_ _ _ _	l								_	_	
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Au	torizadas	41 - Tipo de	e Acomodaç	ão autorizad	а				
			2 1									
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Loc												44 - Código CNES 6528104
UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104												
45 - Observação / Justification Telefone Contratado: (43		nitido em	06/12/202	3 /AUTORIZA	ADO CONF	ORME UNI	MED DE O	RIGEM	/ Empresa / Titula	r: CENT	RAL NACIO	ONAL UNIMED CO
OPERATIVA CENTRAL												
46. Data da Calicitação	1 47 4		L. D. C		7.00				naával 140 Appir		D	-11- A 1-2



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

Unimed #

	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		93410877		93410877	06/12/2023 10:27		93410877
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
8650002156954098							
8 - Nome							
ALBERTO DA SILVA N	ENDES						
Dados do Profissional Solic	tante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	l - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVI	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A AUTORIZADO CONFORMI	NEXO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00499293 80356130052	CAI		O OB F 2,9X5,5MM 892350000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	<u> </u>	_ ,	_ 1	,
2-		ARTHROW COMERC	CIO DE IMPLANTESONTOPEDICOSETE	/A _	_	_	,
					_	_l	- - -
3-		IIIIII		·			_ ,
					_,		1-1-1-1-1'1-1-1
4-						 _	_ _ ,
				 		_,, _	
5- _				_ _	_ _ _ , _	_	_ _ , _
			 _ _ _ _ _ _ _ _ 		_ _ _ _	_ _	
6- _				-	_	_	,
			_ _ _ _		_ _ _	_	
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		12/2023 /AUTORIZADO COM	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa	/ Titular: CENTRAL NACIONA	L UNIMED COOPERATIVA CEN	TRAL	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		