

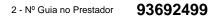
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93692499

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atri	buído pela Opera	dora		02602	1400				
343269		E Conho	1	C Data da Valia	dada da Canha	93692	499				
4 - Data da Autorização 10/01/2024 12:34		5 - Senha 93692499		6 - Data de Valid	- Data de Validade da Senha 10/03/2024						
Dados do Beneficiário						1					
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira	9	Atendimento	de RN				
	0050000015099493 09/06/2025 N										
50 - Nome Social											
10 - Nome VILMA MARIA ROI	RIGUE	S CORBET	TA								
Dados do Contratado S	Solicitanto	е									
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissiona JOAO PAULO FER			IPO		15 - Cons	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 28617					18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo								20017			223210
19 - Código na Operador			-	al / Local Solicitade	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UN	IORT E ORTO	PEDIA ESPE	CIALIZADA LI	'DA			22/01/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimen	22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Interna		ão 24 - Regime de Internação 2		25 - Qtde. Diárias	11		revisão de uso de OPME 27 -		Previsão de uso de Quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica					1						
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)											
	ŕ	``		.,,,,	, l	.,,,				9	
Procedimentos ou Iten									27	Otdo Coli	c. 38 - Otde. Aut.
1- 22 307260 2- 18 600008 3-	34	cedimento	ARTROPLAS	QUARTO COL		ITOS COM E	BANH	RATAMENTO CI EIRO PRIVATIVO	R 1	- Qide. Son	1 2
Dados da autorização	micaão h	ospitalor 40	Otdo Diários Aut	orizados 41	Tino do Acomodo	não autorizado					
39 - Data provável da Ad	missao ho	uspitalar 40 -	Qtde Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de Acomoda	yao autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código Cl 6528104									44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justifio Telefone Contratado:			o em 10/01/2024		ular: TOWER TRA				atura do	Responsáv	el pela Autorização



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed #

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Refereno	giada 93692499	93692499		5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia a 10/01/2024 12:34		atribuído pela Operadora 93692499	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000015099493								
8 - Nome								
VILMA MARIA RODRIG	UES CORBETTA							
Dados do Profissional Solicit	ante							
9 - Nome do profissional solicita	ante		10 - Telefone	11	- E-mail			
JOAO PAULO FERNAN	DES GUERREIRO							
Dados da cirurgia			·					
12 - Justificativa técnica ARTROSE MEDIAL DE JOE ARTROSE DE JOELHO ES								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M	aterial 15 - I	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 73990930	CON		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01			_ 1	,	
80044680277			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 00 72397888	CIM		TOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G	<u> 2 </u>		_ 2	,	
10243070062	001		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3- 74906119	CON		LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO	_ 1		_ 1	_ _ _ ,	
80044680276	INICI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_	1 4		
4- 74902318 80044680272	IONI		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596 DIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	_ _ _ ,	
5-		AKTHROW COWERC	SIO DE IMPLANTESONTOFEDICOSETDA		_ _ _			
	- 			-	_	_	,	
	_ 		-		_!!!!!!	 -		
							I	
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)33	372-0900 / Emitido em 10/0	01/2024 / Empresa / Titular:	TOWER TRANSPORTES LTDA					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			