

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92036671

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia	Atribuído	pela Opera	dora								
343269								9203	6671				
4 - Data da Autorização 31/07/2023	12:20	5 - Senha	0′	2036671	6 - Data de V		Senha /10/2023						
Dados do Beneficiário	12:30		94	2030071		03/	10/2023						
7 - Número da Carteira				8 - Val	idade da Carte	eira	9 -	Atendimento	de RN				
0025579200001011				ii .				N					
50 - Nome Social													
10 - Nome													
CELINA LOPES PE													
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado													
10.246.214/0001-04			- 11		RTOPEDIA	ESPECI	ALIZADA	LTDA					•
14 - Nome do Profissiona	al Solicitan	te					15 - Cons	elho Profissi	onal	16 - Número do C	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
MARCUS VINICIUS	DANIE	LI					06 18734			18734		41	225270
Dados do Hospital / Lo				-									
19 - Código na Operador 10.246.214/0001-04		- 11			al / Local Solici DPEDIA ES		740417	DΛ			11	a sugerida p 2023 00:0	ara Internação
22 - Caráter do Atendimen		Tipo de Inte							00 D	revisão de uso de OF			
1	23 -	C C	emação	24 - Regim	e de Internação 1	25-6	tde. Diárias 2	Solicitadas	26 - PI	S	TWIE 27 - 1	Previsao de i	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA			<u> </u>			<u> </u>					·		
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2			0(2) (opci) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Iten	s Assister	nciais Solid	citados										
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307260 2- 18 600003 3- 18 600008 4-	34 84	cedimento	AR DI <i>A</i>	ARIA DE A	ACOMPANH QUARTO C	IANTE CO	DM REFEI DE 2 LEI	CAO CON	IPLET.	TRATAMENTO	CIR 1 1 /O 2	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 2
Dados da autorização													
39 - Data provável da Ad	missão ho	ospitalar ·	40 - Qtde	Diárias Auto 2	- 11	41 - Tipo de 1	e Acomodaç	ão autorizad	la				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNE 6528104								44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justifica Telefone Contratado: VA DE TRABALHO MI	(43)3372- EDICO												



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		92036671		92036671	31/07/2023 12:30		92036671
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0025579200001011							
8 - Nome							
CELINA LOPES PEREI							
Dados do Profissional Solic							
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone		11 - E-mail		
MARCUS VINICIUS DA	NIELI						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A AUTORIZADO CONFORMI	ANEXO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição	vial na fabricanta		de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	zitado 19 - Qtde. Autor	izada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 75999080		22 - Referência do mate	DLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO		o de Funcionamento	_ 1	,
80044680258	1110		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	•—•		_i '	'
2- 00 72397950	CIM		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STAND			1 2	_ _ ,
10243070064			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	ı—-		-1 -	1-1-1-171-1-1
3- 74907735	COI	MPONENTE TIBIAL META	ALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037	7-02 CO _ 1		_ 1	_ _ ,
80044680276		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	 TDA _ _ _ _		_,	
4- 76362205	COI	MPONENTE FEMORAL O	PTION SEM RESTRICAO - 00-5966-0	14-02 C _ 1	,	_ 1	,
80175510047		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	.TDA _ _ _ _			
5- _	_ _ _			_ _		_	,
	_ _ _ _					_ _	
6- _	_ _ _			_ _		_	,
						_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
		07/2023 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empr	esa / Titular: UNIMED CAMPINA	AS COOPERATIVA DE TRABALH	O MEDICO	
26. Data da Callatana	OZ Againation de De	oficeianal Caliaitt-		00 4	la Dagagagával nala Autariasa		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	lo Responsável pela Autorização		