

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94364490

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	III											
	5 - Sor	,ha		6 - Data de Vali	idada da Si	onha	3430	1130				
4 - Data da Autorização 11/03/2024 14:17			94364490 6 - Data de Validade da 27.			enna 05/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carteira	а	9 -	Atendimento	de RN				
8650003967591008							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome JOSE JAIRO DA SILVA												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA												
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ				11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 17905			16 - Número do C 17905	onselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Loca	I Solicitado / D	ados da In	ternação									
19 - Código na Operadora /			•	al / Local Solicitad	do					21 - Dat	a sugerida p	para Internação
10.246.214/0001-04		1		PEDIA ESPE						20/03/	2024 00:0	00
22 - Caráter do Atendimento 1	22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internaç C		24 - Regime de Internação 1		25 - Qto	25 - Qtde. Diárias Solicitadas		26 - Pr	Previsão de uso de OPME 27 -		- Previsão de uso de Quimioterápico N	
29 - CID 10 Principal (opcio	nal) 30 - CI	D 10(2) (opc	cional) 3	1 - CID 10(3) (op:	cional)	32 - CID	10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de A	acidente (a	cidente ou c	doença relacionada)
					·						9	
Procedimentos ou Itens A												
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 98 08011080 4- 18 60024151 5-		RE OS PO	STEOCON CT ARTRO	DROPLASTIA SCOPIA DE J	A - ESTAE JOELHO	BILIZAC UNIORT	AO, RESS - APT	ECCA	O VIDEOARTRO O E/OU PLASTI .RTROSCOPIA I	OSC 1 A# 1 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
											-,,	111
Dados da autorização 39 - Data provável da Admi:	ssão hospitalar	40 - Qtde	e Diárias Aut	orizadas 41		Acomodaç	ão autorizad	а				
42 - Código na Operadora 70.246.214/0001-04	CNPJ autoriza	11	Nome do H	ospital / Local Aut	torizado	LIZADA	LTDA					44 - Código CNES 6528104
UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/03/2024 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenc	piada 94364490	4 - Senha	94364490	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94364490			
		94364490		94364490	11/03/2024 14:17		94364490		
Dados do Beneficiário	7,	Loo News Octob							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
8650003967591008									
8 - Nome									
JOSE JAIRO DA SILVA									
Dados do Profissional Solici			lao The	l La	4 5				
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	11	1 - E-mail				
ALEXANDRE DE OLIVE	IKA QUEIRUZ								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica REPARO OU SUTURA DE REPARO OU SUTURA DE									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do materia		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 00499293 80356130052	CAN		O OB F 2,9X5,5MM 892350000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ ,	_ 1	_ ,		
2-		AKTIKOW COMEKC	NO DE IMPEANTESONTOPEDICOSETDA			_	_ _ ,		
-	- 			- ' - 	_	-ı ı—ı—ı—ı -l l	I—I—I—I"I—I		
3-						 _	_ _ , _		
					_ _ _ _	_			
4- _ _				_ _ _ _	_	_	_ _ , _		
	_ _ _ _				_ _ _ _	_			
5- _	-		 	- - - - -	_	_ _	,		
	_ _ _				_ _ _ _	_	_ ,		
6-	_ _ _			- I_I I I I I		_	,		
24 - Especificação do Material									
,									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/03/2024 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				