

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92739954

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	- Númer	Número da Guia Atribuído pela Operadora 92739954									
4 - Data da Autorização 03/10/2023 1	11	5 - Senha		6 - Data de Validade da S 2739954 02/1							
Dados do Beneficiário	0.32		92139934		02/12/2023						
7 - Número da Carteira			8 - Va	llidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN				
0050000001948027		N									
50 - Nome Social											
10 - Nome											
MARTA TOMAZINHO Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora			13 - Nome do C	ontratado							
10.246.214/0001-04			UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								
14 - Nome do Profissional S ALEXANDRE DE OLI			Z		15 - Con	ii ii		úmero do Cons 5	o Conselho 17 - UF 18 - Código CBC 41 225270		
Dados do Hospital / Loca	I Solicita	ado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 10/10/2023 00:00											
22 - Caráter do Atendimento			ação 24 - Regim	ão 24 - Regime de Internação 2		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 3		Previsão de uso de OPME 27 -		- Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica		-			11				1		
29 - CID 10 Principal (opcio	nal) ;	30 - CID 10(2	2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 - CIE	10(4) (opcior	nal) 33 - Ind	icação de Acid	lente (acidente ou e	doença relacionada)	
		· ·				. , , , ,			9		
Procedimentos ou Itens A											
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30726034 2- 18 60000384 3- 18 60000554 4-		edimento	DIARIA DE	ACOMPANHAI APARTAMENT	DE JOELHO CO NTE COM REFE FO SIMPLES	ICAO COM	PLETA		37 - Qtde. Sol	1 3 3 3 3 3 3 3 3 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	
39 - Data provável da Admis	ssão hos	pitalar 40	- Qtde Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de Acomoda	ção autorizad	a				
			3	12							
							44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/10/2023 / Empresa / Titular: MARTA TOMAZINHO 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

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referen	nciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora						
343269		92739954		92739954	03/10/2023 16:52		92739954				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000001948027											
8 - Nome											
MARTA TOMAZINHO											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicitante 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		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 73990930 80044680277	CO		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01		_ _ _ ,	_ 1	,				
2- 00 72397950	CIM		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA FOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ 2	,				
10243070064	Cilv		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_l _					
3- 74906119	CO		LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO	1		_ 1	_ _ ,				
80044680276			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		-1	111/11				
4- 74902318	INS	ERTO ARTICULAR DE PO	DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	<u></u> 1	_ _ _ ,	_ 1	,				
80044680272		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
5-	_ _ _				_		,				
					_ _ _ _ _						
6- 1	_				_	_	_ ,				
24 - Especificação do Material				I—I—I—I—I—		<u></u>					
2. Especimoayas as maionar											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 03/	/10/2023 / Empresa / Titular:	MARTA TOMAZINHO								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização						