

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93628313

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia /	Atribuído pela Opera	adora			_					
343269	rvamoro da Gala 7	unbuluo pola Opola	idora		9362831	13					
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid			<u></u>					
03/01/2024 11	:29	93628313		03/03/2024							
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
7 - Número da Carteira 0050000001001380		- 11	lidade da Carteira 1/2025	9-	N	KIN					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
ANGELA SCISCIOLI C	ABRAL										
Dados do Contratado Solio 12 - Código na Operadora	itante	13 - Nome do C	antrata da								
10.246.214/0001-04		11		SPECIALIZAD <i>A</i>	LTDA						
14 - Nome do Profissional So	licitante				elho Profissional	16 - Número do C	onselho 17	7 - UF 18 - Código CBO			
MARCUS VINICIUS DA	ANIELI			06		18734	41	1 225270			
Dados do Hospital / Local S											
19 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	11	0 - Nome do Hospita JNIORT E ORTO			DA		1	gerida para Internação			
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inter		ne de Internação	25 - Qtde. Diárias		- Previsão de uso de OP	10/01/2024	isão de uso de Quimioterápico			
22 - Carater do Atendimento	C	nação 24 - Regin	e de internação	25 - Qide. Dianas	Solicitadas 26	S	IVIE 27 - Previs	N			
28 - Indicação Clínica											
29 - CID 10 Principal (opcional Procedimentos ou Itens As 34 - Tabela 35 - Código of 1 - 22 30726034 2 - 18 60000805 3 -	sistenciais Solici	itados 36 - Descrição ARTROPLA DIARIA DE	QUARTO COL	E JOELHO COM ETIVO DE 2 LEI	TOS COM BA	S - TRATAMENTO (9 37 - Qto	nte ou doença relacionada) de. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 2			
5-	ião hospitalar 4										
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES								44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/01/2024 / Empresa / Titular: ANGELA SCISCIOLI CABRAL 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	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha	Senha		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora
343269		93628313		93628313	03/01/2024 11:29	9362831
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social				
0050000001001380						
8 - Nome						
ANGELA SCISCIOLI C	ABRAL					
Dados do Profissional Solic	itante					
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail	
MARCUS VINICIUS DA	NIELI					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A	ANEXO - REVALIDAR A GI ANEXO REVALIDAR A GU	UIA 93111346 JIA 93111346				
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizad
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 74904590		22 - Referência do mater	rial no fabricante DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	
80044680272	INS		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 	-	_ 1
2- 00 72397950	CIM		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	_ _ _ _ _ - 2		2
10243070064	O.I.I.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>-</u>	<u> </u>	_
3- 74896717	COI		LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C	1		_ 1 _ ,
80044680257			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	- -		
4- 73991953	COI	MPONENTE FEMORAL O	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52	1		_ 1 _ ,
80044680277		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _ _		
5- _					_	
					_ _ _ _	_ _
6- _	_ _ _				_	_
						_ _
24 - Especificação do Materia						
25 - Observação / Justificativa		01/2024 / Empresa / Titular:	ANGELA SCISCIOLI CABRAL			
Tolololle Collitatado. (43)C	572 0300 / Emiliao em 03/	o 1/2024 / Empresa / Titular.	ANGLEA GOIGOIGEI GABIAE			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização	