

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94/44//6

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora							
343269						94744	1776				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid]					
12/04/2024	09:08		94744776		11/06/2024]					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
7 - Número da Carteira 0050000002433187	,		11	alidade da Carteira 0/2025		• Atendimento	de KN				
50 - Nome Social				072020							
Tromo Odolai											
10 - Nome											
ARLINDO DA COS	TA										
Dados do Contratado S		е									
12 - Código na Operador 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C		SPECIALIZADA	A I TDA					
14 - Nome do Profissiona		ote	UNIORIEC	OKTOPEDIA E			nal 1	6 - Número do Co	neelho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE C			<u>z</u>		06	11			nsemo	41	225270
Dados do Hospital / Lo											
19 - Código na Operador			-	al / Local Solicitad	0				21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04	ı	UN	NORT E ORT	OPEDIA ESPE	CIALIZADA LI	'DA			20/04/2	024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimen	to 23 -	- Tipo de Interna	ıção 24 - Regin	ne de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas	26 - Previs	são de uso de OPM	1E 27 - P	revisão de ι	uso de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica		С		1	3			S			N
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(2	2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	sional) 32 - CID	10(4) (opciona	al) 33	- Indicação de Ac		idente ou d 9	oença relacionada)
Procedimentos ou Iten	s Assiste	L enciais Solicita	ados							-	
34 - Tabela 35 - Cód			36 - Descrição						37 -	· Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307260					E JOELHO CO			ATAMENTO C	IR 1		1
2- 18 600003					NTE COM REFE	ICAO COMI	PLETA		1		1
3- 18 	54 _		DIARIA DE	APARTAMEN ⁻					3 l		3
5- _	_ _ _	.							_	_ _	
6- _	_ _ _										
⁷⁻ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _	. 								_ 	_
9-	 								 	111 	
10-		 .								 	 _
11-	_ _ _	.							_	<u> </u>	_
12-		_							_		
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ad	lmissão ho	ospitalar 40	- Qtde Diárias Au	torizadas 41	- Tipo de Acomoda	ção autorizada	a				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Auto						\ I TDA					44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/04/2024 / Empresa / Titular: ARLINDO DA COSTA											
46 - Data da Solicitação		47 - Assin	atura do Profissio	riai Soilcitante	40 - Assinatura do	benericiario ou	Respons	avei 49 - Assir	iatura do l	responsav	eı peia Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

11	3 - Número da Guia Referen	iia Referenciada 4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		94744776		94744776	12/04/2024 09:08	947	44776	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000002433187								
8 - Nome							i	
ARLINDO DA COSTA								
Dados do Profissional Solici	ante							
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	11	1 - E-mail			
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica ARTROPLASTIA TOTAL DE ARTROPLASTIA TOTAL DE								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				sitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Aut	torizado	
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 74904590		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 74904590 80044680272	INS		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	_	_ 1	I—I	
2- 00 72397950	CIM		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C			_ 2 _ _ , _		
10243070064	5		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>			I—I	
3- 00 74896717	COI		LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C	1 1		_ 1 _ ,	ıı l	
80044680257			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. <u></u> ,				
4- 00 73991953	COI	MPONENTE FEMORAL O	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52	<u> </u> 1		_ 1 _ ,	<u>ы</u>	
80044680277		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
5- _					_	_	<u> </u>	
	_					_ _		
6- _					_		<u> </u>	
	_				_ _ _ _	_ _		
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 12/	04/2024 / Empresa / Titular:	ARLINDO DA COSTA					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura da	Responsável pela Autorização			
20 - Data da Sullutação	Zi - Assiliatula do Pit	onssional solicitatile		20 - Assillatura do	, πουρυποάνει μειά ΑυτυπΖάζάθ		ł	