

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94468884

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia A	Atribuído pela Opera	adora								
343269					9446888	84					
4 - Data da Autorização 19/03/2024 16	5 - Senha	94468884	6 - Data de Valid	lade da Senha 18/05/2024							
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
0050000002094536		29/0	8/2025		N						
50 - Nome Social											
10 - Nome											
Dados do Contratado Solid											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do C	ontratado								
10.246.214/0001-04		UNIORT E C	ORTOPEDIA ES	SPECIALIZADA	LTDA						
14 - Nome do Profissional Sc ALEXANDRE DE OLIV		7		11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do Cor 06 17905		- 11	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Local											
19 - Código na Operadora / C		0 - Nome do Hospit	al / Local Solicitado)			21 - Data s	ugerida pa	ara Internação		
10.246.214/0001-04	ι	JNIORT E ORTO			DA		27/03/20				
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inter	nação 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26	- Previsão de uso de OP	ME 27 - Pre	evisão de ι	iso de Quimioterápico		
28 - Indicação Clínica DOR DEFORMIDADE JO											
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID 10	n(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	vcidente (acid	lente ou d	oenca relacionada)		
		,,,,,		ŕ	.,,,,		9				
Procedimentos ou Itens As							27 (Otdo Soli	29 Otdo Aut		
34 - Tabela 35 - Código o	do Procedimento	DIARIA DE	STIA TOTAL D QUARTO COL	ETIVO DE 2 LEI	TOS COM BA	S - TRATAMENTO (CIR 1	Qtde. Solid	2. 38 - Qtde. Aut. 1 3		
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar 4	0 - Qtde Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de Acomodaç	ção autorizada						
		3	1								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA							- 11	44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/03/2024 / Empresa / Titular: LEVINDO GONCALVES DA ROCHA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



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		94468884		94468884	19/03/2024 16:39		94468884
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000002094536							
8 - Nome							
LEVINDO GONCALVES I	DA ROCHA						
Dados do Profissional Solicita							
9 - Nome do profissional solicitar			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVEI	RA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica DOR + DEFORMIDADE JOEI DOR DEFORMIDADE JOELI			0				
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Ma	terial 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
•	21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
			LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO	1		_ 1	,
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			1 4	
2- 74902318 80044680272	INS		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	_ ,	_ 1	,
			PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01	_ _ _ _ 		_ 1	_ _ ,
80044680277	001		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_I '	
4- 00 72397950	CIM		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2		_ 2	_ _ ,
10243070064			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. <u></u> ,		—·	1
5- _ _				_ _ -	_ _ _ ,	_	,
	_ _					_ _	
6- _ _					_	_	_ _ ,
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)337			LEVINDO GONCALVES DA ROCHA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	otissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		