

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92287198

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	Número da Guia Atribuído pela Operadora 92287198											
4 - Data da Autorização 22/08/2023 14	- 11	5 - Senha 922871		6 - Data de Validade da Se		23	<u></u>					
Dados do Beneficiário			32201130		00/10/2	20						
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carteira	a	9 - Atendimen						
158000000175126 50 - Nome Social						N	ı					
30 - Nome Social												
10 - Nome												
WILSON COLLA												
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado												
10.246.214/0001-04		11	13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA									
14 - Nome do Profissional S	olicitante			15 - 0			5 - Conselho Profissional 16 - Número do Co			nselho 17 - UF 18 - Código CBO		
CESAR EDUARDO CA	ASTRO	FERREIR	A MARTINS		06	06		22343		41	225270	
Dados do Hospital / Local 19 - Código na Operadora /				al / Local Solicitad	40			1	21 Data o	ugorido po	ra Internação	
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E ORTO	PEDIA ESPE	ECIALIZADA				28/08/20	23 00:00)	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo	o de Internaçã C	io 24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtde. Di	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2		26 - Previsão de uso de OPME S		E 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N		
28 - Indicação Clínica				'		•						
29 - CID 10 Principal (opcior	nal) 30	- CID 10(2) ((opcional) 3	1 - CID 10(3) (opi	cional) 32 -	CID 10(4) (opci	onal) 33	- Indicação de Ac	sidente (acid	ente ou do	ença relacionada)	
									9			
Procedimentos ou Itens A 34 - Tabela 35 - Código									27. (Qtde. Solic	20 Otda Aut	
1- 22 30728053 2- 18 60000384 3- 18 60000554 4-			DIARIA DE A	ACOMPANHA APARTAMEN	NTE COM RI	FEICAO CO	MPLETA				38 - Qtde. Aut. 1 1 1	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admis	são hospit	talar 40 - 0	Qtde Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de Acom	ndação autoriza	ıda					
provide a full little	oopit		1	12			_					
42 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ auto	- 11		ospital / Local Aut		DA LTDA				- 11	14 - Código CNES 6 528104	
45 - Observação / Justificatir Telefone Contratado: (43 46 - Data da Solicitação)3372-090	00 / Emitido		3 / Empresa / Ti	tular: UNIMED		ou Pospone é	149 - Assir	postura do Re		I 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		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribu	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
343269		92287198		92287198	22/08/2023 14:11		92287198
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1580000000175126							
8 - Nome							
WILSON COLLA							
Dados do Profissional Solic	itante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
CESAR EDUARDO CA	STRO FERREIRA MAR	TINS					
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição		16 - Opção 17 - Qtd	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	a 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 78034159	SIS		NOZELO TARIC - 0021-0101 -IMPLANTE TA	1		_ 1	_ ,
80454380015	ele.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_			
2- 78034396 80454380015	313		NOZELO TARIC - 0021-0041 -IMPLANTE TIBI CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ 1		_ 1	-
3- 00 76221229	ΔΝΟ		ERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR			_ 2	
10247700123	7		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		-ı -	I—I—I—I"—I—I
4- 00 78034361	SIS		NOZELO TARIC - 0021-0016 -INSERTO TARI	1		1	
80454380015		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _			
5-					_		,
1 6-	_ _ _		-		_ _ _ _	 -	,
			<u> </u>	 _ _		-!	IIII'/III
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		08/2023 / Empresa / Titular: (INIMED CASCAVEL				
Tololollo Collitatado. (10/0	or 2 0000 / Emiliado em 22/	50/2020 / Emprosa / Titalar.	STAINLED GARGOATTE				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização		