

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92772385

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia A	Atribuído nela Onera	dora							
343269										
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid							
06/10/2023 09	:26	92772385		05/12/2023						
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 0050000001049774		- 11	lidade da Carteira	9-	Atendimento d	le KN				
50 - Nome Social		11700	7/2020							
Too Home Coolai										
10 - Nome										
LUZIA SCARAMAL RI	CIETTO									
Dados do Contratado Solid	citante	10								
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do C		SPECIALIZAD <i>A</i>	A I TDA					
14 - Nome do Profissional So	licitante	OMORT E G	TOT EDIA E		elho Profission	al 16 - N	Número do Con	selho 1	7 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLIV		οz		06	17905		11	11	225270	
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dado	s da Internação								
19 - Código na Operadora / C	11	0 - Nome do Hospita					11			ara Internação
10.246.214/0001-04		JNIORT E ORTO						09/10/202		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inter	nação 24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 2		de uso de OPME	27 - Pre\	/isão de u	so de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica			1	3			S			N
29 - CID 10 Principal (opcional Procedimentos ou Itens As			1 - CID 10(3) (opci	ional) 32 - CID	10(4) (opcional	33 - In	dicação de Acio	dente (acide	ente ou d	pença relacionada)
34 - Tabela 35 - Código d		36 - Descrição						37 - Q	tde. Solid	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30726034				E JOELHO COM			AMENTO CIF	₹ 1		1
2- 18 60000384				ITE COM REFE			DDIVATIVO	1		1
3- 18 60000805 4-				ETIVO DE 2 LEI				3 		3
Dados da autorização 39 - Data provável da Admiss	são hospitalar 14	0 - Qtde Diárias Aut	orizadas 41 -	- Tipo de Acomoda	ção autorizada	7				
22 Data provided da Adrillos		3	1	. Ipo do modificad	,					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código 6528104							44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/10/2023 / Empresa / Titular: LUIZ RICIETTO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização										



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

1 - Registro ANS	11		- Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		92772385		92772385	06/10/2023 09:26		92772385
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000001049774							
8 - Nome							
LUZIA SCARAMAL RIC	CIETTO						
Dados do Profissional Solid	citante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	11	I - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica							
INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A							
INDICAÇÃO CLINICA EM /	ANEXO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição	ial as fabricants		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 73990930		22 - Referência do mater	rai no rabricante PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016	23 - Nº Autorização -01 I I 1	de Funcionamento	1	
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE	•—•		_ '	
			OPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDA	111		2	,
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE			-ı -	IIII'III
			LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-0	111		1	,
80044680276			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE			— ·	111/11
4- 74902318	INS	SERTO ARTICULAR DE PO	LIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 0	0-596 1		_ 1	_ ,
80044680272		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE	DA _ _ _			
5- _	_ _ _			_ _	_ _ _ , _	_	_,
			 _ _ _ _ _ _ _ _ _ 		_ _ _ _	_ _	
6-				_ _ -	_	_	_ ,
				.	_ _ _ _	_ _	
24 - Especificação do Materia	I						
25 - Observação / Justificativa		/4.0/0000 / E / T':	LUZ DIOJETTO				
Telefone Contratado: (43)3	3372-0900 / Emitido em 06	/10/2023 / Empresa / Titular: I	LUIZ RICIETTO				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do P	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		