

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93144660

(Via HOSPITAL)

1 " 11	Número da Guia	a Atribuído	pela Opera	dora								
343269							931446	60				
4 - Data da Autorização 10/11/2023 17	5 - Senha		3144660	6 - Data de V		Senha 01/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
147000001972803 N												
50 - Nome Social												
10 - Nome ALZIRA VIDAL DE SOUZA												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		11	Nome do Co									
10.246.214/0001-04		UNI	IORT E O	RTOPEDIA	ESPECIA							
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ						15 - Conselho Profissional 16 - Número do 17905			Número do Co 905	11	- 11	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Da	dos da Int	ernação									
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Interna 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 27/11/2023 00:00									-			
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Int	ternação	24 - Regim	e de Internação	25 - Qt	25 - Qtde. Diárias Solicitadas		- Previsão	Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica	I.											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)		10(2) (opci	pcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicaçã			ndicação de A	o de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Sol	icitados										
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30726034 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4-	o Procedimento	AR DIA	ARIA DE A	ACOMPANH QUARTO C	IANTE CO	M REFEI	I IMPLANTES CAO COMPL TOS COM BA	ETA ANHEIR	O PRIVATIV	IR 1 3		38 - Qtde. Aut. 1 3 3
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto	11	41 - Tipo de 1	Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado					LIZADA	LTDA				- 11	14 - Código CNES 6 528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/11/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO												
46 - Data da Solicitação	II 47 - A	ssinatura d	do Profission	al Solicitante	11 48 - Assir	natura do B	eneficiário ou R	esponsáv	el II 49 - Assi	natura do Re	sponsáve'	i pela Autorização



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

Unimed #

1 "	3 - Número da Guia Refere	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		93144660		93144660	10/11/2023 17:19		93144660
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1470000001972803							
8 - Nome							
ALZIRA VIDAL DE SOU	JZA						
Dados do Profissional Solici							
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVE	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
	JOELHO ESQUERDO SE	EM MELHORA COM TRATAM M MELHORA COM TRATAME					
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição	du 61 com		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	a 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 74896717		22 - Referência do materia		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1	,
80044680257	00	COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_ '	IIII ¹ II
2- 73991953	CO		TION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52			I 1	,
80044680277			O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ <u> </u>		-1 -	111'111
3- 00 74904590	INS	SERTO ARTICULAR DE POL	LIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	1		1	_ _ , _
80044680272			O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _		-	1-1-1-17
4- 00 72397950	CII	MENTO OSSEO PARA ORTO	OPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	<u> </u> 2	_ _ ,	_ 2	,
10243070064		ARTHROM COMERCIO	O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _	_ _ _		
5-	_ _ _			_ _ .	_	_	_ _ _ ,
	_ _ _			_ _	_ _ _ _ _	_	
6-	_ _ _				_ _ _ ,	_	,
					_ _ _ _	_	
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa		// / / / / / / / / / / / / / / / / / /		UNIMED CODIE			
Telefone Contratado: (43)3 26 - Data da Solicitação	372-0900 / Emitido em 10		FORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titul		O PROCOPIO COOPERATIVA DI	E TRABALHO MEDICO	
1	H H			II.			