

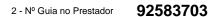
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92583703

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	- Número da Gu	l ia Atribuído	pela Opera	dora							
343269						925	83703				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 92583703			2583703	6 - Data de Valid	dade da Seni 21/11/	1					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			- 11	idade da Carteira		9 - Atendimen					
1170000002012349			N								
50 - Nome Social											
10 - Nome CARLA REGINA PERES LOBO											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		H	Nome do Co		CDECIAL I	74041704					
10.246.214/0001-04	Policitanto	UNI	IORIEO	RTOPEDIA ES		- Conselho Profis	oional II	16 - Número do C	oncolho	17 - UF	18 - Código CBO
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ					06		11	17905	onseino	41	225270
Dados do Hospital / Loca			•								
19 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	CNPJ	t		al / Local Solicitado DPEDIA ESPE		A LTDA			11	sugerida pa 2023 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Ir	nternação	24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde.	Diárias Solicitadas	26 - Pre	visão de uso de OP	ME 27 - F	revisão de u	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EI				•	<u> </u>						
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10			1 - CID 10(3) (opc	cional) 32	2 - CID 10(4) (opci	ional)	33 - Indicação de <i>A</i>	•	cidente ou d 9	loença relacionada)	
Procedimentos ou Itens	Assistenciais Sc	licitados									
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30726034 22 - 18 60000805 3-		AR	ARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE	2 LEITOS COI	M BANHI		CIR 1	- Qtde. Solid	c. 38 - Qtde. Aut. 1 3
39 - Data provável da Adm	ssão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	orizadas 41	- Tipo de Ac	modação autoriza	ada				
		<u>L</u>	3	1							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CN 6528104								44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/09/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO CO OPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
46 - Data da Solicitação	47 - 7	assinatura d	JU Profissior	iai Soiicitante 4	46 - Assınatı	ia do Beneficiario	ou kespor	nsaver 49 - Ass	inatura do	responsave	əı peia Autorizaçao



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	pela Operadora	
343269		92583703		92583703	19/09/2023 15:59	9258370	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1170000002012349							
8 - Nome							
CARLA REGINA PERE	S LOBO						
Dados do Profissional Solid	itante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	1.	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM / INDICAÇAO CLINICA EM / AUTORIZADO CONFORM	ANEXO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do l		Descrição	int and fall singuity		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 74932047		22 - Referência do mater	ai no radricante -5570-001-14 COMPONENTE HASTE	23 - № Autorização • TIRIAI I I 1	de Funcionamento	1	
			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL			_ '	-
2- 00 72397950 CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A V						2	_ _ ,
			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL			_1 -	I—I—I—I·I—I—I
			NO ZIMMER - 42-5110-004-11 - CON			1	,
80044680315			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL			— I	1-1-1-1/1-1-1
4- 74931105	BAS	SE TIBIAL METALICA - 42	-5320-067-02 BASE TIBIAL CIMENTA	ADA PE _ 1		_ 1	
80044680301		ARTHROM COMERO	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	.TDA _ _ _ _			
5- 00 74003399	COI	MPONENTE FEMORAL SE	M RESTRICAO SEM REVESTIMENT	O - 42-5 1	_ _ _ ,	_ 1	_ _ , _
80044680326		ARTHROM COMERO	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	.TDA _ _ _ _	_ _ _		
6- _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _				_	_	_,
24 - Especificação do Materia 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	1	09/2023 /AUTORIZADO CON	IFORME UNIMED DE ORIGEM / Em	oresa / Titular: UNIMED NORTE F	PIONEIRO COOPERATIVA DE TI	RABALHO MEDICO	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		
	11			11			