

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94905870

(Via HOSPITAL)

1 1	Número da Guia A	tribuído pela Opera	adora						
343269				949	05870				
4 - Data da Autorização			6 - Data de Validade da 24/	Senha (06/2024					
Dados do Beneficiário						_			
7 - Número da Carteira		t t	alidade da Carteira	9 - Atendimen					
0050000004045796		13/1	2/2025		1				
50 - Nome Social									
10 - Nome WILSON CARLOS									
Dados do Contratado Solid	citante								
12 - Código na Operadora		13 - Nome do C	Contratado						
10.246.214/0001-04		UNIORT E	ORTOPEDIA ESPECI	ALIZADA LTDA					
14 - Nome do Profissional So	licitante			15 - Conselho Profiss	sional 16	6 - Número do Co	onselho 17 -	· UF	8 - Código CBO
MARCUS VINICIUS DA	ANIELI			06 18734		8734	41		225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dados	da Internação							
19 - Código na Operadora / C	11		tal / Local Solicitado				21 - Data suge	rida par	a Internação
10.246.214/0001-04	U	NIORT E ORT	OPEDIA ESPECIALIZ	ZADA LTDA			26/04/2024	00:00	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Intern	ação 24 - Regin	ne de Internação 25 - C	tde. Diárias Solicitadas	26 - Previs	ão de uso de OPI	ME 27 - Previsa	ão de us	de Quimioterápic
2	С		1	1		N		1	l
29 - CID 10 Principal (opcion:	al) 30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcid	onal) 33	- Indicação de A	cidente (acident	e ou doe	nça relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solicit	ados							
1- 22 30733057 2- 22 30733049 3- 98 08011081 4- 18 60024151 5-	o Procedimento	OSTEOCON PCT ARTRO ALUGUELT	TOMIA - UM MENISCO NDROPLASTIA - ESTA DSCOPIA DE JOELHO AXA DE APARELHO	ABILIZACAO, RES OUNIORTE - ENF O'EQUIPAMENTO F	SECCAO E	E/OU PLASTIA	A # 1 1	 	38 - Qtde. Aut. 1 1 1
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar 40	- Qtde Diárias Au 1	torizadas 41 - Tipo de	Acomodação autoriza	ıda				
42 - Código na Operadora / 0 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizado	11	Hospital / Local Autorizado	ALIZADA LTDA	1			- 11	4 - Código CNES 528104
45 - Observação / Justificativ Telefone Contratado: (43)	3372-0900 / Emiti		rnal Solicitante			Supl 40 A	inoture do Da	2006:-1	pale Autori



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha	5 - Data da Autorização 25/04/2024 14:19	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269	343269 94905870			94905870		94905870				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
005000004045796										
8 - Nome										
WILSON CARLOS										
Dados do Profissional Solici	tante									
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	I - E-mail					
MARCUS VINICIUS DA	NIELI									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MENISCO , RUPTURA DO MENISCO ,										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M	Descrição	Addition following		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 100066879		22 - Referência do mate	NAT HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 1	,			
81288540024	OA!		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ '				
2-	11111					_	,			
						_, _ _				
3- _					_ _ _ , _	_	,			
						_ _				
4- _					_	_	,			
					_ _ _ _	_				
5-	_ _ _				_	_	,			
6-		IIIII			_ _ _ _	 _	,			
°					!	_				
24 - Especificação do Material										
, ,										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/04/2024 / Empresa / Titular: CLAUDETE SANTOS CARLOS										
releione Contratado: (43)3	312-0900 / Emitido em 25/	u4/2u24 / Empresa / Titular:	CLAUDETE SANTOS CARLOS							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					