

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93823700

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número	o da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora								
343269	11				3700							
4 - Data da Autorização 22/01/2024	11	5 - Senha	93823700	6 - Data de Val		Senha 03/2024						
Dados do Beneficiário	18:42		93823700		23/	03/2024						
7 - Número da Carteira			8 - Va	alidade da Carteira	<u></u> а	9 -	Atendimento	de RN				
1470000002190108							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome SEBASTIAO GONO	ALVES [DA SILVA										
Dados do Contratado S												
12 - Código na Operador	a		13 - Nome do C	Contratado								
10.246.214/0001-04			UNIORT E	ORTOPEDIA E	ESPECIA	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissiona MARCUS VINICIUS						11			16 - Número do C 18734	Número do Conselho 17 734 41		18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo			da Internação			00			10734		41	223210
19 - Código na Operador			-	tal / Local Solicita	do					21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UN	NORT E ORT	OPEDIA ESP	ECIALIZ	ADA LT	DA			09/02/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimen 1	to 23 - Ti	ipo de Interna C	ıção 24 - Regin	ne de Internação	25 - Q	tde. Diárias 2	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OP	ME 27 -	Previsão de (uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica ARTROSE DE JOELH							<u>'</u>					
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2			(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Iten:	s Assistend	ciais Solicita	idos									
34 - Tabela 35 - Códi 1- 22 307260 2- 18 600003 3- 18 600008 4-	34 84	_ 	DIARIA DE DIARIA DE	STIA TOTAL I ACOMPANHA QUARTO CO	NTE CO	M REFEI	CAO CON	BANH	IEIRO PRIVATIV	CIR 1 1 1 7 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	- Qtde. Soli - - - - - - - - - -	c. 38 - Qtde. Aut. 1 2
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admissão hospitalar 2 40 - Qtde Diárias Autorizadas 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 CNES 6528104												
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		93823700		93823700	22/01/2024 18:42		93823700
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1470000002190108							
8 - Nome							
SEBASTIAO GONCAL	/ES DA SILVA						
Dados do Profissional Solic							
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	1 - E-mail		
MARCUS VINICIUS DA	NIELI						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica ARTROSE DE JOELHO D ARTROSE DE JOELHO D AUTORIZADO CONFORMI	IREITO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição	ial na fabricanta		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 74896717		22 - Referência do mater	LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C	23 - Nº Autorização	I I I I I I	1	_ ,
80044680257			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1 '	I—I—I—I"I—I—I
2- 73991953	CO	COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52				_ 1	,
80044680277		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3- 00 74904590	00 74904590 INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO F			<u> </u> 1	,	_ 1	_ _ , _
80044680272		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _		
4- 00 72397950	CIM	IENTO OSSEO PARA ORT	TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2	_ _ _ , _	_ 2	_ _ , _
10243070064		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _		
5-	_ _				_	_ _	,
					_ _ _ _ _		
6- _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _				_	_	_ _ , _
24 - Especificação do Material						<u>- </u>	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		01/2024 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular:	UNIMED CORNELIC	D PROCOPIO COOPERATIVA DE	E TRABALHO MEDICO	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		