

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95495827

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	- Número	Número da Guia Atribuído pela Operadora 95495827										
4 - Data da Autorização 17/06/2024 1	- 11	5 - Senha 954958		6 - Data de Validade da Senha 7 16/08/20								
Dados do Beneficiário	7.01		30430027		10/00/2024	_						
7 - Número da Carteira			11	llidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN					
0050000009962622			08/09	08/09/2025 N								
50 - Nome Social												
10 - Nome												
REINALDO MITSUO		4										
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado												
10.246.214/0001-04			UNIORT E C	UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								
14 - Nome do Profissional S					15 - Con 06	† † † †		16 - Número do Conselho		18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Loca										223210		
19 - Código na Operadora /			,	al / Local Solicitad	0			2	1 - Data sugerida p	ara Internação		
10.246.214/0001-04					CIALIZADA L				1/07/2024 00:0			
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - T	ipo de Interna C	ıção 24 - Regim	ão 24 - Regime de Internação 1		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - P		uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N			
28 - Indicação Clínica									1			
29 - CID 10 Principal (opcio	nal)	30 - CID 10(2	2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 - CIE	10(4) (opcion	al) 33 - Indi	cação de Acid		oença relacionada)		
									9			
Procedimentos ou Itens A 34 - Tabela 35 - Código			idos 36 - Descrição						37 - Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.		
1- 22 30726034 2- 18 60000805 3-	ļ		ARTROPLA DIARIA DE	QUARTO COL	DE JOELHO CO	ITOS COM	BANHEIRO F	PRIVATIVO		1 2 		
Dados da autorização	ooão boo	nitolor 40	Otdo Diários Aut	torizodos 41	Tipo do Acomodo	oão autorizado	\Box					
39 - Data provável da Admi	55aU 110S	µпаіаі 40	- Qtde Diárias Aut 2	torizadas 41	- Tipo de Acomoda	yao autofizada						
							44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justificat Telefone Contratado: (43		900 / Emitic					RAUJO OHAF	RA				
46 - Data da Solicitação		47 - Assin	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário ou	ı Responsável	49 - Assina	tura do Responsáv	el pela Autorização		



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

Unimed A

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ociada 95495827	4 - Senha	5 - Data da Autorização 17/06/2024 17:51	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 954958			
Dados do Beneficiário				95495827				
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000009962622								
8 - Nome								
REINALDO MITSUO O	HARA							
Dados do Profissional Solic	itante							
9 - Nome do profissional solici	itante		10 - Telefone	11	- E-mail			
JOAO PAULO FERNAI	NDES GUERREIRO							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica ARTRODE DE JOELHO ES ARTRODE DE JOELHO ES								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 72397950 10243070064	CIM		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	,	_ 1	,	
2- 73991953	COI		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52		_	1 1		
80044680277	COI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		1	_ 1	_ _ _ ,	
3- 74896717	COI		LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C			I 1	,	
80044680257	001		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	' 		_ '		
4- 74904590	INS		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596			_ 1	_ _ , _	
80044680272			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				1	
5-						_	_ ,	
						_,,, _		
6- _					_	 _l	_ ,	
						_ _		
24 - Especificação do Materia								
25 - Observação / Justificativa	l							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/06/2024 / Empresa / Titular: PATRICIA CARVALHO ARAUJO OHARA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			