

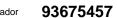
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93675457

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número	da Guia Atri	buído pela Opera	idora								
343269	1						5457					
4 - Data da Autorização	11	- Senha	00075457	6 - Data de Valid		1						
09/01/2024 Dados do Beneficiário	09:37		93675457		09/0	3/2024						
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira		9 -	Atendimento	de RN				
147000002172274						N N						
50 - Nome Social												
10 - Nome												
MAURILIO CRISTIA		IES										
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado												
10.246.214/0001-04			ł	RTOPEDIA ES	SPECIA	LIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissiona	I Solicitante			15 - Conselho Profissional				onal	16 - Número do Conselho		17 - UF 18 - Código CBO	
ALEXANDRE DE O	LIVEIRA (QUEIROZ			06		17905		41	225270		
Dados do Hospital / Lo	cal Solicitad	do / Dados o	da Internação									
19 - Código na Operador		11	•	al / Local Solicitado		ADA 1 T	D.A.			1		ara Internação
10.246.214/0001-04						ZADA LTDA					2024 00:00	
22 - Caráter do Atendimen	to 23 - 11p	co de Internaç	çao 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qto	de. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OP S	ME 27 - 1	Previsao de l	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA		 _								· 		
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)) (opcional)	opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			10(4) (opcior	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9				
Procedimentos ou Itens	S Assistenci	iais Solicita	dos									
34 - Tabela 35 - Códi 1- 22 307330 2- 22 307330 3- 98 080110 4- 18 600241 5-	65 30 81		CONDROPL PCT ARTRO ALUGUELT	ASTIA (COM R OSCOPIA DE JO AXA DE APARI	REMOCA OELHO ELHO /	AO DE C UNIORT EQUIPA	ORPOS LI E - ENF MENTO PA	ARA A	O VIDEOARTRO) - PROCEDIME RTROSCOPIA I	PAR 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
11-	_ _ _ _	_ _								_ _	_ _	_ _
Dados da autorização	mino#= ! · · ·	italar 40	Otdo Diásir a s	orizode - 114.	Tie - !:	A 00 == 5 15	ão order de d					
39 - Data provável da Ad	missão hospi	italar 40 -	· Qtde Diárias Aut 1	orizadas 41 ·	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizad	a				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local UNIORT E ORTOPEDIA						LIZADA	LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável pela Autorização												





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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	ciada	4 - Senha	93675457	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269	93675457			09/01/2024 09:37	09/01/2024 09:37				
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
147000002172274									
8 - Nome									
MAURILIO CRISTIANO	GOMES								
Dados do Profissional Solic	tante								
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	11	- E-mail				
ALEXANDRE DE OLIVI	EIRA QUEIROZ								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A AUTORIZADO CONFORMI	NEXO								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 76621995 80777280105	CA		AT - 161 12 10 08 TIPO 12 4,5 X 120 MM , CM CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>	_ ,	_ 2	,		
2-	11111	AKTIIKOM COMEK	OIO DE IMI EANTEGORTOI EDICOGETDA			_			
	_ _ _ _ _ _				_,	_ _	1		
3-	_,,					 _l	,		
				_ _ _ _	_ _ _ _	_ _			
4-					_	_	,		
					_ _ _ _				
5- _	-				_	_	,		
	_ _ _		_		_ _ _ _	_ _			
6- - - - - - - - - - - - - - -					_	_	-		
24 - Especificação do Material						—I—I			
2. Zoposincayao ao maiona.									
25 - Observação / Justificativa Tolofono Contratodo: (43)3272 0000 / Emitido em 00/01/2024 /ALITORIZADO CONFORME LINIMED DE ORIGEM / Empreso / Titulor: LINIMED CORNELIO PROCODIO COORERATIVA DE TRARALHO MEDICO									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				