

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91613561

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia A	Atribuído pela Opera	dora								
343269 916135						61					
4 - Data da Autorização	5 - Senha	04040504	6 - Data de Valid								
22/06/2023 10	:00	91613561		21/08/2023							
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		8 - Va	lidade da Carteira	 [9 -	Atendimento de	RN					
0050000041418380 01/04/2025					N						
50 - Nome Social											
10 - Nome											
MASSAKI OKUMOTO											
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado											
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		† †		SPECIALIZAD <i>A</i>	LTDA						
14 - Nome do Profissional So	olicitante				elho Profissional	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIRO	Σ		06	06 17905			41	225270		
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dado	s da Internação					'				
19 - Código na Operadora / C	11	0 - Nome do Hospita					11		ara Internação		
10.246.214/0001-04		JNIORT E ORTO					26/06/20				
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inter	nação 24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26	- Previsão de uso de OP	ME 27 - Pr	evisão de ι	uso de Quimioterápico N		
28 - Indicação Clínica			-	<u> </u>					IN .		
29 - CID 10 Principal (opciona	al) 30 - CID 10	0(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opci	ional) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	cidente (acio		oença relacionada)		
Procedimentos ou Itens As											
34 - Tabela 35 - Código of		DIARIA DE A	ACOMPANHAN QUARTO COL	ITE COM REFE ETIVO DE 2 LEI	CAO COMPL TOS COM BA	NHEIRO PRIVATIN	CIR 1 3	 	c. 38 - Qtde. Aut. 1 3 3		
Dados da autorização								1	ıII		
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar 4	0 - Qtde Diárias Aut	orizadas 41 -	- Tipo de Acomodaç	ão autorizada						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizad UNIORT E ORTOPEDIA ESPE					LTDA				44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/06/2023 / Empresa / Titular: ALICE AIKO OKUMOTO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	91613561		91613561	22/06/2023 10:00		91613561
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000041418380						
8 - Nome						
MASSAKI OKUMOTO						
Dados do Profissional Solid	itante					
9 - Nome do profissional solici	tante	10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica						
INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A						
INDIOAÇÃO CLINICA EM A	NVEXO					1
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate			16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada 20) - Valor Unitário Autorizado
1- 00 75999080		OLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-595	I I 1		1	,
80044680258		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 			1
2- 00 75572974	CIMENTO ORTOPEDICO CO	M ANTIBIOTICO - SUBITON - 880200 - TIPO			_ 2	_ _ , _
80802410009	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 			
3- 74907263	COMPONENTE TIBIAL META	ALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-01 CO	<u> _</u> 1	_ _ _ ,	_ 1	_ _ , _
80044680276 ARTHROM CC		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- 76362205	COMPONENTE FEMORAL O	PTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 C	1	_ _ _ , _	_ 1	_ _ , _
80175510047	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5-	_ _ _			_	_	,
			_ _ _	_ _ _ _	_ _	
6-			<u> </u>	_	_	,
				_ _ _ _	<u>_l_l</u>	
24 - Especificação do Materia						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 22/06/2023 / Empresa / Titular:	ALICE AIKO OKLIMOTO				
Tololollo Contiatado. (40)0	orz 0000 / Emiliao em zzroo/2020 / Empresa / Titalar.	ALIGE AIRO GROMOTO				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		