

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93204301

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela O	peradora							
343269	Trainere da Gala	7 tilibuluo pola O	ooradora		9320	4301				
4 - Data da Autorização	5 - Senha		1 1	alidade da Senha						
17/11/2023 10	:24	932043	01	22/01/202	ı					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 1170000001317251		11	- Validade da Cartei 0/06/2022	ra S	- Atendimento	de RN				
50 - Nome Social			0,00,2022							
Trome decial										
10 - Nome										
PERICLIS PINTO DE	OLIVEIRA									
Dados do Contratado Soli	citante									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	lo Contratado	ESPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profissional So	olicitante	UNIOKI	CORTOPEDIA			nal II	16 - Número do Co	nealha	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLIV		ΟZ		06	11 11			niseino	41	225270
Dados do Hospital / Local			0							
19 - Código na Operadora / 0		•	spital / Local Solicita	ado				21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UNIORT E O	RTOPEDIA ESP	PECIALIZADA L	TDA			28/11/2	022 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação 24 - R	egime de Internação	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pre	visão de uso de OPI	ИЕ 27 - F	Previsão de i	uso de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica	С		1	3			S			N
20. CID 40 Principal (opsign	20 CID 4	0(2) (assigned)	24 CID 40(2) (a	printal 22 Cl	240/4) (aprila	220	22. Indiana a da A	nidanta (co	sidente que	oppos salosionado)
29 - CID 10 Principal (opcion	ai) 30 - CID 1	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (o	pcional) 32 - Ci	O 10(4) (opcio	nai)	33 - Indicação de A		9	oença relacionada)
Procedimentos ou Itens As										
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30726034 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4-	do Procedimento	DIARIA [DIARIA [LASTIA TOTAL DE ACOMPANHA DE QUARTO CO	DE JOELHO CO ANTE COM REF DLETIVO DE 2 LI	EICAO COM	BANH	EIRO PRIVATIV	IR 1 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 3
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde Diárias	Autorizadas 4	1 - Tipo de Acomod	ação autorizad	la				
		3	1	<u> </u>						
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 17/11/2023 / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - 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	nciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		93204301		93204301	17/11/2023 10:24		93204301
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1170000001317251							
8 - Nome							
PERICLIS PINTO DE OL	IVEIRA						
Dados do Profissional Solicit							
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
		MELHORA COM TRAT CLIN MELHORA COM TRAT CLINK					
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fa			rial na fabricanta		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solio	citado 19 - Qtde. Autorizada	a 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material1- 00 73990930			PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01	I I 1		1	
80044680277			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 			1-1-1-171-171
2- 00 72397950		MENTO OSSEO PARA ORT	TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2		_ 2	,
10243070064		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _			
3- 74906119	СО		LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CC	<u> _ </u> 1	,	_ 1	_,
80044680276 ARTHROM COMERC			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- 74902318	INS		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-59	5 <u> </u>		_ 1	,
80044680272		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
	-			- <u></u> - 		_	,
		IIIII				 	_ _ _ ,
				-		_	1-1-1-1/1-1-1
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	372-0900 / Emitido em 17	/11/2023 / Empresa / Titular: \	UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE	TRABALHO MEDICO			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização		