

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91064685

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da G	uia Atribuído	pela Opera	dora									
343269	The state of the s						1685						
4 - Data da Autorização	5 - Ser		4004005	6 - Data de Vali		•							
04/05/2023 11	:44	91	1064685		03/07/	2023							
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN													
0050000004225069 05/03/2025							N						
50 - Nome Social													
10 - Nome													
VALTER ANTONIO ST													
Dados do Contratado Solido 12 - Código na Operadora	citante	13 -	Nome do Co	ontratado									
10.246.214/0001-04		ł ł		RTOPEDIA E	SPECIALI	IZADA	LTDA						
14 - Nome do Profissional So	olicitante				15	- Conse	elho Profissio	nal	16 - Núm	ero do Cor	selho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLIV	/EIRA QUE	IROZ			06	06 17905					41	225270	
Dados do Hospital / Local			-										
19 - Código na Operadora / (10.246.214/0001-04	CNPJ	11		al / Local Solicitad		34 I T	DA			- 11			ara Internação
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de							20 Dec	evisão de u			023 00:0	uso de Quimioterápico
1	23 - Tipo de	,	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qide.	Jianas 3	Solicitadas	20 - PIE	evisão de ui	so de OPIVI	= 2/ - F	revisão de i	N
28 - Indicação Clínica													
29 - CID 10 Principal (opcion Procedimentos ou Itens A: 34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30726034 2- 18 60000384	ssistenciais S	nto 36 -	- Descrição	1 - CID 10(3) (ope STIA TOTAL E ACOMPANHA	DE JOELHO	o com		ES - T	RATAMI		37	g 9 - Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 3
3- 18 60000805 4-		_		QUARTO COL							3 		3
Dados da autorização	~	1 40 5 1	D://:		-		~						
39 - Data provável da Admis	sao nospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de Ac	omodaç	ao autorizada						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código Cl 6528104							44 - Código CNES 6528104						
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/05/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIPORA 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	91064685		91064685	04/05/2023 11:44		91064685		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
0050000004225069								
8 - Nome								
VALTER ANTONIO STI	ROZZI							
Dados do Profissional Solic	itante							
9 - Nome do profissional solici	tante	10 - Telefone	11	1 - E-mail				
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia			<u> </u>					
12 - Justificativa técnica								
INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A								
INDIOAÇÃO CLINICA LIVIA	NVEX							
OPME Solicitadas				0 11 11 10 11 11 11 11 11 11	ii			
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate			16 - Opção - 17 - Qtde 23 - № 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	1		1	,		
80044680258	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.—. 		-,	,		
2- 00 72397950	CIMENTO OSSEO PARA OR	TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2	_ _ ,	_ 2	,		
10243070064	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
3- 74907735	COMPONENTE TIBIAL MET	ALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02 CO	1	_ _ _ ,	_ 1	,		
80044680276	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _				
4- 76362205	COMPONENTE FEMORAL O	OPTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 C	1	_ _ _ ,	_ 1	_ ,		
80175510047	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
5-		l		_	_ _	_ ,		
				_ _ _ _ _				
6- _			<u></u>	_	_	,		
			<u> </u>					
24 - Especificação do Material								
25 Observação / Justificativa								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/05/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIPORA								
,	·							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				
	ll l		П					