

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92073503

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núme	ero da Guia Atri	buído pela Opera	dora		0207	73503				
	1	E Conho		6 - Data de Valid	dada da Sanha	7	3303				
4 - Data da Autorização 02/08/2023 16:50		5 - Senha 92073503		6 - Data de Valle	01/10/202	3					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
0050000002136492			23/04	1/2024		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome	IMA										
Dados do Contratado S	olicitante	e									
12 - Código na Operador 04.762.301/0001-03			13 - Nome do Co	ontratado OO CORACAC	DE LONDRI	NA LTDA					
14 - Nome do Profissiona MAURICIO RODRIO					15 - Co	15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conse 06 24650			nselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo			da Internação					2.000][]	
19 - Código na Operador				al / Local Solicitad	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
04.762.301/0001-03				ORACAO DE					09/08/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendiment	o 23 -	Tipo de Internaç	ção 24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtde. Diár		26 - Pr	evisão de uso de OPN S	ИЕ 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica DOR NO QUADRIL DII											
29 - CID 10 Principal (ope	cional)	30 - CID 10(2)	(opcional) 3	1 - CID 10(3) (opc	cional) 32 - C	D 10(4) (opcio	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	oença relacionada)
Dragadimentas au Itan	Assists	naiaia Caliaita	daa							9	
Procedimentos ou Itens 34 - Tabela 35 - Códi			36 - Descrição						37	- Otde Soli	c. 38 - Otde. Aut.
1- 22 307240 2- 18 600008 3-	58		ARTROPLA:	QUARTO COL	ETIVO DE 2 L	EITOS CON	I BANH		TA 1		1 1 1
Dados da autorização	minaão h	ponitolor 40	Otdo Diórico Aut	orizodoo 44	Tina da Asama	ooão outorizo	do 1				
39 - Data provável da Ad	mssao no	40 -	Qtde Diárias Aut	orizadas 41	- Tipo de Acomo	ayao autoriza(ud				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 44 - Código CNES 4758083											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 02/08/2023 / Empresa / Titular: IVANILDE DE FATIMA BAZZI 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



Unimed A

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

1 - Registro ANS	* · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		92073503		92073503	02/08/2023 16:50	92073503				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0050000002136492										
8 - Nome										
LUIZ CARLOS DE LIMA										
Dados do Profissional Solici			10.00	10						
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone		11 - E-mail					
MAURICIO RODRIGUE	5 MITASAKI									
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica										
DOR NO QUADRIL DIREIT										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do N	Material 15 -	Descrição		16 - Oncão 17 - Oto	le Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate	rial no fabricante		o de Funcionamento	olddo 10 Qido: / diol/2ddd 20 Valor Ollidio / diol/2ddd				
1- 73984736	ACE		IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMN	ı—-ı	,	_ 1				
80044680259	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL									
			ALICA ZIMMER - 00-6200-048-20 -	ı—-ı		_ 1				
30044680269 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 3- 74004093 CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-032-01				1		_ 1				
80044680330	OA.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	I—I						
4- 72397888	CIM		TOPEDIA G1 VISCOSIDADE STAN			1				
10243070062		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	SLTDA _ _						
5- 00 74319035	COI	MPONENTE FEMORAL PA	ARA QUADRIL NAO CIMENTADO Z	IMMER - 1	,	_ 1 _ _ , _				
80175510040		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	SLTDA _ _ _						
6-	_				_					
24 - Especificação do Material										
24 - Еѕреспісаўао об Маіенаі										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3:	315-2000 / Emitido em 02/	08/2023 / Empresa / Titular:	IVANILDE DE FATIMA BAZZI							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura o	lo Responsável pela Autorização					