

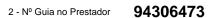
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94306473

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído p	oela Operad	dora								
343269			•				94306	6473				
4 - Data da Autorização 06/03/2024 09 :	5 - Senha		306473	6 - Data de Val		Senha 05/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Vali	dade da Carteira	a	9 - 7	Atendimento d	de RN				
1170000002109180							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome MARISTELA PEREIRA	LIMA DE AF	RAUJO										
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		13 - N	lome do Co	ntratado								
78.613.841/0001-61		ASS	OCIACA	O EVANGEL	ICA BE	NEFICEN	ITE DE LO	NDRIN	Α			
14 - Nome do Profissional So RAFAEL LEITE DE PIN		ES				15 - Conselho Profissional			6 - Número do C 3538	onselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	los da Inte	ernação		,,							
19 - Código na Operadora / C	11			I / Local Solicita						11		ara Internação
78.613.841/0001-61				VANGELICA						<u> </u>	024 07:0	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime	de Internação 1	25 - Qt	de. Diárias 3	Solicitadas	26 - Previs	são de uso de OP	ME 27 - F	Previsão de u	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica Dores em quadril Direito ev												
29 - CID 10 Principal (opcional M199	al) 30 - CID 1	10(2) (opcio	onal) 31	- CID 10(3) (op	pcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação			- Indicação de A	de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	citados										
1- 22 30724058 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4- _ _ _ _ _ _ _ _ _	o Procedimento	AR1 DIA	RIA DE A	COMPANHA	NTE CO	M REFEI	CAO COMF	PLETA BANHEI		ATA 1 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 3
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	ao hospitalar	40 - Qtde [Diárias Auto 3	orizadas 41	ı - I ipo de	Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61 43 - Nome do Hospital / Local ASSOCIACAO EVANG						NEFICEN	NTE DE LO	NDRIN	A			44 - Código CNES 2550792
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 06/03/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO CO OPERATIVA DE TRABALHO MEDICO												
46 - Data da Solicitação	47 - As	sinatura do	Profission	al Solicitante	I 48 - Assir	natura do B	eneficiário ou	Respons	ável II 49 - Ass	sinatura do	Responsáv	el pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuío	
343269		94306473		94306473	06/03/2024 09:01		94306473
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1170000002109180							
8 - Nome							
MARISTELA PEREIRA	LIMA DE ARAUJO						
Dados do Profissional Solid	citante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone		11 - E-mail		
RAFAEL LEITE DE PIN	IHO TAVARES						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica cfme anexo Dores em quadril Direito ev AUTORIZADO CONFORM	roluindo para impotencia fur E UNIMED DE ORIGEM	ncional					
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição			de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mat 1- 00 00613282		22 - Referência do mater			o de Funcionamento		
1- 00	UPS	SITE INCISE PELICULA A	DESIVA INCISIONAL 4989	_ 2		_ 2	_ _ , _
2- 74327860	A C F	TARIJI O POLJETJI ENO	CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-62	50-065-20 2		2	,
80175510058	AUL		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	ı—-ı		_1 -	
3- 73984736	ACE		MPACTADO NAO RESTRITO ZIMI	·		1	
80044680259			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	ı—		_i	IIII'III
4- 74900889	CUF	PULA ACETABULAR MET	ALICA ZIMMER - 00-8753-052-01 -	CUPULA 1		1	
80044680269		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	SLTDA _ _		_ .	
5- 74898680	CON	MPONENTE FEMORAL PA	ARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMI	ER - 00-81 1	, ,	_ 1	_ _ , _
80044680261		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO:	SLTDA _ _ _ _			
6- 74004379	CAE	BECAS FEMORAIS DE CE	RAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02	2 _ 1	,	_ 1	_ _ , _
80044680330		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO:	SLTDA _ _ _ _			
24 - Especificação do Materia	I						
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)	3378-1000 / Emitido em 06/0	03/2024 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / E	mpresa / Titular: UNIMED NORTE	PIONEIRO COOPERATIVA DE TI	RABALHO MEDICO	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura	do Responsável pela Autorização		



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha	0.4000.470	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		94306473		94306473	06/03/2024 09:01	ı	94306473
Dados do Beneficiário		1 a					
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1170000002109180							
8 - Nome MARISTELA PEREIRA	LIMA DE ARAUJO						
Dados do Profissional Solici							
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
RAFAEL LEITE DE PIN			İ				
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica							
cfme anexo Dores em quadril Direito evo AUTORIZADO CONFORME		ncional					
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
7- 00 72397888			TOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDA			_ 2	
10243070062		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					111/111
8- 00737470	CO	NJUNTO CIMENTACAO P	RESSURIZACAO 608.017.00001			_ 1	_ ,
			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLI	DA _ _ _	_ _ _	•	
			1.00024 - RESTRITOR PARA CIMENT	O 24 1	,	_ 1	_ _ _ ,
10417940039		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLI	DA _ _ _	_ _ _		
10- 00660108	SIS	TEMA LAVAGEM OSRON	PULSE 2500D-DPL-ST01Z-CT02Z	_ 1	_ _ _ , _	_ 1	_ _ , _
81207919001		ARTHROM COMERO	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLI	'DA _ _ _	_ _ _		
11- _	_			_ _	_	_	_ _ _ ,
	_ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_	_ _ _ _ _	_ _	
12-	_			_ _	_ _ _ ,	_	,
			_ _ _ _			_ _	
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3			NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empi			RABALHO MEDICO	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	onssional solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização		