

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94026255

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído	nela Onera	dora								
343269	rumoro da Guia	, unbaido	poid Opera	uoru			94026	255				
4 - Data da Autorização 08/02/2024 18 :	5 - Senha		1026255	6 - Data de V		Senha 04/2024						
Dados do Beneficiário	.09	34	1020233		09/	04/2024						
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carte	ira	9 -	Atendimento d	le RN	1			
2660581000113002 N												
50 - Nome Social												
10 - Nome JOAO ITANI CAVALCANTE												
Dados do Contratado Solic	itante											
12 - Código na Operadora		H	Nome do Co		ECDECI	A I 17 A D A	LTDA					
10.246.214/0001-04 14 - Nome do Profissional So	linitanto	UNI	ORTEO	RTOPEDIA	ESPECIA		elho Profission	ol 16	- Número do C	anaalha l	17 - UF	18 - Código CBO
JOAO PAULO FERNA		REIRO				06	eino Pronssion	11	617	onseino	41	225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	los da Inte	ernação									
19 - Código na Operadora / C	11			al / Local Solicit						1	• .	ara Internação
10.246.214/0001-04				PEDIA ESI						<u> </u>	024 00:0	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Q	tde. Diárias 2	Solicitadas 2	26 - Previsã	o de uso de OP	ME 27 - F	Previsão de u	so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica ARTROSE DE JOELHO ES	SOLIEDDO											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31		1 - CID 10(3) (c	- CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acider			ente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	citados										
1- 22 30726034 2- 18 60000384 3- 18 60000554 4- _ _ _ _ _ _ _ _ _	o Procedimento	AR DI <i>A</i>	ARIA DE A	STIA TOTAL ACOMPANH APARTAME	ANTE CO	M REFEI	CAO COMP	PLETA			- Qtde. Solii	2 2
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	äo hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto 2	11	41 - Tipo de 12	Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado					ALIZADA	LTDA				- 11	44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED RIO BRANCO COOPER ATIVA DE TRABALHO MEDICO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
46 - Data da Solicitação	47 - As	sinatura d	lo Profission	al Solicitante	II 48 - Assi	natura do B	eneficiário ou	Responsáv	/el 49 - Ass	inatura do	Responsáve	el pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 94026255	4 - Senha	94026255	5 - Data da Autorização 08/02/2024 18:09	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94026255					
		94020255		94020255	06/02/2024 16.09	94020233					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 2660581000113002		29 - Nome Social									
8 - Nome JOAO ITANI CAVALCAI	NTE										
Dados do Profissional Solicit	ante										
9 - Nome do profissional solicita	ante		10 - Telefone][1	11 - E-mail						
JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO											
Dados da cirurgia			·								
12 - Justificativa técnica ARTROSE DE JOELHO ESC ARTROSE DE JOELHO ESC AUTORIZADO CONFORME	QUERDO										
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mater		Descrição 22 - Referência do mater	rial na fabricanta		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solido de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado					
1- 74896717 80044680257		MPONENTE TIBIAL META	NAI NO RADICAINE NAICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	-01 C _ 1		1					
2- 00 74904590 80044680272	INS	ERTO ARTICULAR DE PO	DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 0 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	0-596 1		_ 1					
3- 00 72397950 10243070064	CIM	ENTO OSSEO PARA ORT	TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDAR CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	RD C _ 2		_ 2					
4- 73991953 80044680277	COI	MPONENTE FEMORAL O	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014- CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	52 _ 1		_ 1 ,					
5-											
6-											
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	.72-0900 / Emitido em 08/	02/2024 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa	a / Titular: UNIMED RIO BRAI	NCO COOPERATIVA DE TRABAL	LHO MEDICO					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização						