

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93924316

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Númer	o da Guia Atri	buído pela Opera	dora							
343269							316				
4 - Data da Autorização	- 11	5 - Senha		6 - Data de Valid							
31/01/2024 1	1:38		93924316		31/03/2024						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 0050000000673814			11	lidade da Carteira 8/2025	9-	Atendimento d	ie KN				
005000000673814											
SU - NOME SUCIAL											
10 - Nome											
APARECIDO DOS S	ANTOS	3									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04			13 - Nome do Co		SPECIALIZADA	A I TDA					
14 - Nome do Profissional	Solicitante	e.	ONIONI E O	ICTOT EDIA E		elho Profission	al 16 - N	lúmero do Cons	selho 17 -	UF 18 - Código CBO	
ALEXANDRE DE OL			• •		06				41	225270	
Dados do Hospital / Loca	al Solicita	ado / Dados	da Internação							1	
19 - Código na Operadora	/ CNPJ	11	Nome do Hospita					2	21 - Data suge	rida para Internação	
10.246.214/0001-04		UN	IIORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA LT	DA			05/02/2024	00:00	
22 - Caráter do Atendimento	23 - T	Tipo de Interna	ção 24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 2		de uso de OPME	27 - Previsã	o de uso de Quimioterápico	
1 28 - Indicação Clínica		С		1	3		,	S		N	
29 - CID 10 Principal (opcid	onai) .	30 - CID 10(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opc	cional) 32 - CID	10(4) (opcional	i) 33 - inc	dicação de Ació	ente (acidente 9	e ou doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens			dos								
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 3072603- 2- 18 6000055- 3-	4	edimento		STIA TOTAL D APARTAMEN	DE JOELHO COI TO SIMPLES	/ IMPLANTE	ES - TRATA	AMENTO CIF	37 - Qtde 1 3	e. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 3 	
4-	 								_	
8-											
11-	_ 	_ _ _							_ _ _		
Dados da autorização	ioo# = !	nitole Le	Otdo Diánico A co	orizode - II.e.	Tipo de Assessi	año outed a l	7				
39 - Data provável da Adm	issao nos	spitalar 40 -	· Qtde Diárias Aut	orizadas 41	- Tipo de Acomoda	çao autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local At UNIORT E ORTOPEDIA I						A LTDA				44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/01/2024 / Empresa / Titular: APARECIDO DOS SANTOS 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						
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	oela Operadora					
343269		93924316		93924316	31/01/2024 11:38		93924316				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000000673814											
8 - Nome											
APARECIDO DOS SAN	тоѕ										
Dados do Profissional Solic	itante										
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone		11 - E-mail						
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ										
Dados da cirurgia				<u> </u>							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricanto		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento						
1- 00 73990930			PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01	I I 1		_ 1	 				
80044680277	00.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ '	IIII				
2- 00 72397950						_ 2					
10243070064	•		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 2 		_, _ ,					
3- 74906119	COL		LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO			_ 1					
80044680276	00.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		_ı ·					
4- 74902318	INS		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596			1					
80044680272	1110		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	'		_ '	lll'!ll				
5-		/			!!!!!!!!! !	_					
<u> </u>	!!!!! 			·	!!	_	IIII				
6-1 1 1 1 1 1 1		IIIIII			!!!!!!!!!!! 	 _	,				
·	_ _ _ _				!!						
24 - Especificação do Materia		111111		IIII	I—I—I—I—I—I—I—I—I						
2+ Zopodinoayad do Matona											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 31/	01/2024 / Empresa / Titular:	APARECIDO DOS SANTOS								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura o	do Responsável pela Autorização						
,					, , ,						