

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94667062

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora											
343269		E Conho	1	C Data da Valia	dada da Canha	946670	062				
4 - Data da Autorização 05/04/2024 16:01		5 - Senha 94667062		6 - Data de Valid	10/06/2024						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
117000000204463	l					N					
50 - Nome Social											
10 - Nome VANDERLEI CIRE	LLI										
Dados do Contratado	Solicitant	е									
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-0			13 - Nome do Co UNIORT E O		SPECIALIZAD <i>A</i>	LTDA					
14 - Nome do Profission					15 - Cons 06	15 - Conselho Profissional 16 - Número do C			onselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Lo			da Internação				10704][220270	
19 - Código na Operado			•	al / Local Solicitado	0			21 - Dat	a sugerida p	ara Internação	
10.246.214/0001-0				PEDIA ESPE	CIALIZADA LT			19/04/	2024 00:0	-	
22 - Caráter do Atendimen	nto 23	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de O S	PME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica ARTROSE DE JOELH	IO ESQU	ERDO	····		-						
29 - CID 10 Principal (or	ncional)	30 - CID 10(2	(oncional) 3	1 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opcional	I) 23 - Indicação de	Acidente (a	acidente ou c	loença relacionada)	
	, ,					- () (- · · · · · · ·	,		9		
Procedimentos ou Iter 34 - Tabela 35 - Cóo								07	7 044- 0-1	20 044- 1	
1- 22 307266 2- 18 600008 3-	3034 305 	cedimento	ARTROPLA				S - TRATAMENTO	CIR 1		c. 38 - Qtde. Aut. 1 2	
Dados da autorização							_				
39 - Data provável da Ad	dmissão h	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Auto	orizadas 41 1	- Tipo de Acomoda	ção autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado									44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COO PERATIVA DE TRABALHO MEDICO											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	itura do Profissior	nai Solicitante	48 - Assinatura do E	seneticiário ou F	Responsável 49 - As	ssinatura do	Responsáv	el pela Autorização	



Unimed A

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

, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	3 - Número da Guia Refere	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		94667062		94667062	05/04/2024 16:01		94667062
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1170000002044631							
8 - Nome VANDERLEI CIRELLI							
Dados do Profissional Solici	tanta						
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone][1	1 - E-mail		
MARCUS VINICIUS DA							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica ARTROSE DE JOELHO ES ARTROSE DE JOELHO ES AUTORIZADO CONFORME	QUERDO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		- Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricanto	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 72397950			OPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDA			_ 2	_ _ ,
10243070064		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT	'DA _ _ _			111
2- 74904590	INS	SERTO ARTICULAR DE PO	LIETILENO COM RESTRICAO FIXO -	00-596 1	,	_ 1	_ _ , _
80044680272			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT				
3- 74896717	CO		LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-03			_ 1	,
80044680257	0.0		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT				
4- 73991953 80044680277	CO		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-01 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT		_ ,	_ 1	,
5-		ARTINOM COMERC	DO DE IMI EANTEGORTOT EDIGOGET				_ _ _ ,
						_,	I—I—I—I'I—I—I
6-	_,,_, _			_,,		 _l	_ _ , _
						_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3:	372-0900 / Emitido em 05	//04/2024 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empre	sa / Titular: UNIMED NORTE P	ONEIRO COOPERATIVA DE TR	ABALHO MEDICO	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do P	rofissional Solicitante		28 - Assinatura de	Responsável pela Autorização		