

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93924566

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído	nela Onera	dora				_				
343269	rumoro da Gale	- Allibardo	pola Opola				939245	566				
4 - Data da Autorização 31/01/2024 11:	5 - Senha		1924566	6 - Data de V								
31/01/2024 11:57 93924566 07/04/2024 Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
8650002161326008							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome VALDETE AMARAL DE FREITAS												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado											
	10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ						15 - Conselho Profissional 16 - Número do 17905			Número do Co 905	onselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	los da Inte	ernação									
19 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	NPJ			I / Local Solicit		ADA LTI	DA				sugerida pa 024 00:00	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimento							Solicitadas 2	6 - Previsão	Previsão de uso de OPME 27		' - Previsão de uso de Quimioterápico	
1	С			1		3			S			N
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (op		10(2) (opci	cional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)) 33 -	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relar 9		oença relacionada)	
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	citados										
34 - Tabela 35 - Código de 1- 22 30726034 2- 18 60000384 3- 18 60000554 4-	o Procedimento	AR DIA	ARIA DE A	ACOMPANH APARTAME	ANTE CO	M REFEI	I IMPLANTE	LETA			 	2. 38 - Qtde. Aut. 1 1 3
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto 3	11	41 - Tipo de 12	Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado				11					44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL												
46 - Data da Solicitação	11 47 - As	ssinatura d	 Profission 	at Solicitante	1148 - Assir	natura do R	eneficiário ou F	Responsáv	el 1149 - Ass	inatura do F	₹esponsáve	el pela Autorização



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		11	6 - Número da Guia atribuío					
343269		93924566		93924566	31/01/2024 11:57		93924566				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
8650002161326008											
8 - Nome											
VALDETE AMARAL DE FREITAS											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail						
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A AUTORIZADO CONFORMI	ANEXO										
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do N 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricanto	16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento							
1- 00 73990930			PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01	I I 1		_ 1					
80044680277					<u> </u>	-ı ·	I—I—I—I—II—I				
2- 00 72397950	CIM	ENTO OSSEO PARA ORT	OPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2		_ 2					
10243070064			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _		-•	1-1-1-1-1/1-1-1				
3- 74906119	COI	MPONENTE TIBIAL META	LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO	<u> </u>	_ _ ,	_ 1	_ _ _ ,				
80044680276		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _						
4- 74902318	INS	ERTO ARTICULAR DE PO	LIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	1	,	_ 1	_ _ _ ,				
80044680272		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _	_ _ _						
5-	_ _ _				_		,				
	_ _ _		_ _ _ _		_ _ _ _ _	_					
6-	_ _ _					_	,				
24 - Especificação do Material		<u> </u>				<u> </u>					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização						
	II.			[]							