

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94958293

(Via HOSPITAL)

1 "	- Número da Gu	ia Atribuído	pela Opera	dora								
343269							94958	8293				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 94958			4958293	6 - Data de Vali		Senha 07/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN N												
50 - Nome Social												
10 - Nome ROSALINA ROCHAS DE CARVALHO												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		i i	Nome do C	ontratado RTOPEDIA E	:CDECI/	N 17 A D A	LTDA					•
	Colicitanto	UN	IORTEO	KIOPEDIA E	SPECIA		elho Profissio	nal 1	6 - Número do 0	`onselho	17 - UF	18 - Código CBO
†	14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ					06	51110 1 10113310	- 11	7905	onsemo	41	225270
Dados do Hospital / Loca	I Solicitado / Da	ados da In	ternação									
19 - Código na Operadora	CNPJ	11		al / Local Solicitad						11		para Internação
10.246.214/0001-04	7F== =	J		TOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA ime de Internação 25 - Qtde, Diárias Solicitadas 26						2024 15:00		
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de l		24 - Regim	e de Internação 1	25 - Q1	de. Diárias	Solicitadas	26 - Previ	são de uso de Ol	PME 27 - 1	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica ARTROPLASTIA TOTAL	DE IOELHO (OM IMPL	ANTES									
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)												
										9		
Procedimentos ou Itens /												
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30726034 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4-	ļ	AF Di	ARIA DE /	STIA TOTAL I	NTE CO	M REFEI	CAO COM FOS COM	PLETA BANHEI	RO PRIVATI	CIR 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 3
39 - Data provável da Admi	ssão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	orizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	a				
			3	1								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTD						LTDA					44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CAMPO GRANDE MS C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO												
46 - Data da Solicitação	47	Assinatura (ao Profissior	nai Solicitante	48 - Assii	natura do B	eneticiário ou	ı Kespons	avel 49 - As	sınatura do	Responsáv	ei pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 94958293	4 - Senha	5 - Data da Autorização 30/04/2024 14:36	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
		34330233		94958293	30/04/2024 14.30		94958293		
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira	1	29 - Nome Social							
0511000002551002		29 - Nome Social							
8 - Nome									
ROSALINA ROCHAS DE	CARVALHO								
Dados do Profissional Solicita									
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	11	- E-mail				
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica 74896717 ARTROPLASTIA TOTAL DE AUTORIZADO CONFORME		TES							
OPME Solicitadas				10.0 7 17 0:1		" I 10 OIL A			
13 - Tabela 14 - Código do Ma 21 - Registro ANVISA do Materi		Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	 Solicitada 18 - Valor Unitário Solicido de Euncionamento 	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado		
1- 74904590			DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596			I 1	,		
80044680272			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. <u></u> ,			1		
2- 00 72397950	CIM	IENTO OSSEO PARA ORT	TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2		2	_ ,		
10243070064		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		_,			
3- 73991953	COI	MPONENTE FEMORAL O	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52	<u> </u> 1	_ _ ,	_ 1	,		
80044680277		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_				
4- 74896717	COI	MPONENTE TIBIAL META	LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C	<u> _ </u> 1	_ _ _ ,	_ 1	,		
80044680257		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_				
5- _					_	_	,		
	_				_	_ _			
6-					_	_	_ ,		
	_			_ _ _ _	_	_ _			
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa		/ ///							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CAMPO GRANDE MS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				