

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90330371

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	Número da Guia	a Atribuído	pela Opera	dora			90330	371				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 90330371 6 - Data de				6 - Data de V		Senha 05/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carte	ira	9 -	Atendimento d	de RN	7			
1170000002143788 30/12/2023				2/2023			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome MARIA APARECIDA GAMA PELLOZO												
Dados do Contratado Solic	itante											
12 - Código na Operadora		13 -	Nome do Co	ontratado								
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E O	RTOPEDIA	ESPECIA	LIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional So	licitante					15 - Conse	elho Profission	nal 16	- Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIF	ROZ				06		17	905		41	225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Da	dos da Int	ernação		,,							
19 - Código na Operadora / C	NPJ	20 - Nome	e do Hospita	I / Local Solicit	ado					21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UNIOR	TE ORTO	PEDIA ESF	PECIALIZ	ADA LT	DA			07/03/2	023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Int	ternação	24 - Regim	e de Internação	25 - Qt	de. Diárias	Solicitadas 2	26 - Previsã	io de uso de OP	ME 27 - F	revisão de ι	uso de Quimioterápico
1	С			1		3			S			N
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM	ANEXO	<u>'</u>								''		
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcion			onal) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID	32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacion 9			oença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Sol	icitados										
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30726034 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4-	o Procedimento	AR DI <i>A</i>	ARIA DE A	COMPANH	ANTE CO	M REFEI DE 2 LEI	CAO COMP	PLETA		CIR 1 3	- Qtde. Solid	c. 38 - Qtde. Aut. 1 3 3
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Otde	Diárias Auto	orizadas [4	41 - Tipo de	Acomodac	ão autorizada	7				
province du riamino		2.00	3	11	1							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hosp				11					44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/03/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COO PERATIVA DE TRABALHO MEDICO												
46 - Data da Solicitação	47 - A	ssinatura d	lo Profission	al Solicitante	II 48 - Assir	natura do B	eneficiário ou	Responsáv	vel 49 - Ass	inatura do	Responsávo	el pela Autorização



Unimed 12

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

	3 - Número da Guia Referen	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		90330371		90330371	01/03/2023 13:50		90330371	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
1170000002143788								
8 - Nome								
MARIA APARECIDA GA	AMA PELLOZO							
Dados do Profissional Solici	tante							
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1	1 - E-mail			
ALEXANDRE DE OLIVE	EIRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica	NEVO							
INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A								
AUTORIZADO CONFORME								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 72397950 10243070064	CIM		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C			_ 2	,	
	INC		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA DLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-595					
2- 75999080 80044680258	INS		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	_ ,	
3- 74907263	CO		LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-01 CO			I 1	_ ,	
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			- '	- - -	
4- 76362205	COL		PTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 C			_ 1	_ ,	
80175510047	001		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		: :- :- :- :- :- :- :- :- :- :- :- :- :- :- :- :- :-	_l '	I	
5-						_	_ ,	
	 				_			
6- _					_	_	,	
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/03/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO								
00 0 1 0 11 11 7	llas A			7100 4 1 1	D / 1 1 1 1 1 7			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	oiissionai Soiicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização			