

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94565262

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Núme | - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94565262 | | | | | | | 262 | | | | | |
|--|-----------|--|----------|---------------------------------------|---|-------------|--------------------------------|----------------|----------|-------------------------|-------------|---|----------------------------------|-------------------------|
| 4 - Data da Autorização 27/03/2024 | 15:36 | 5 - Senha | Q | 4565262 | 6 - Data de Va | | Senha 05/2024 | | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | 13.30 | | <u></u> | 4303202 | | 20/ | 03/2024 | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | | | 8 - Va | alidade da Cartei | ra | 9 - / | Atendimento d | de RN | | | | | |
| 005000001392231 | | | | 06/11/2025 | | | | N | | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome JOSE ROBERTO DE MATTOS | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operador | | | 11 | 13 - Nome do Contratado | | | | | | | | | | |
| 10.246.214/0001-04 | | | UNI | UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA | | | | | | | | | | |
| 14 - Nome do Profissiona ALEXANDRE DE O | | | 7 | | | | 15 - Conselho Profissional 06 | | | 16 - Número do Conselho | | 17 - UF | 18 - Código CBO 225270 | |
| Dados do Hospital / Lo | | | | nternação | | | | | | 17300 | | | | 223270 |
| 19 - Código na Operador | | | | , | al / Local Solicita | ado | | | | | | 21 - Data | sugerida p | ara Internação |
| 10.246.214/0001-04 UNIORT E | | | | | ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Soli | | | | | | | 04/04/2024 00:00 ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico | | |
| 22 - Caráter do Atendimen | 23- | C C | ιωγαυ | 27 - IVEAIL | 1 | 23-Q | de. Diarias s | Concidudo | -u - F16 | S svisao de t | JOU GE OFIV | - 2/ - P | TOVISAU UE | N |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (ope | cional) | 30 - CID 10 | (2) (opc | ional) 3 | 31 - CID 10(3) (o | pcional) | 32 - CID 1 | 10(4) (opciona | al) | 33 - Indica | açao de Ac | | gente ou c | loença relacionada) |
| Procedimentos ou Itens | | | | D | | | | | | | | 07 | 0.1.0.1 | 00 011 4 1 |
| 34 - Tabela 35 - Códi 1- 22 307260 2- 18 600008 3- | 34 | edimento | AR | | STIA TOTAL QUARTO CO | OLETIVO | DE 2 LEIT | FOS COM E | BANH | EIRO PF | RIVATIVO | IR 1 | Qtde. Soli | c. 38 - Qtde. Aut. 1 3 |
| 39 - Data provável da Ad | missão ho | spitalar 4 | 0 - Qtde | Diárias Aut | torizadas 4 | 1 - Tipo de | Acomodaçã | ão autorizada | 7 | | | | | |
| 42 - Código na Operador | a / CNP.I | autorizado | 43 - | 3 Nome do H | lospital / Local A | | | | | | | | | 44 - Código CNES |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104 | | | | | | | | | | | | | | |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/03/2024 / Empresa / Titular: JOSE ROBERTO DE MATTOS 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | | | | | | | | | | |



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

| 1 - Registro ANS 3 - 343269 | Número da Guia Referenciada 94565262 | 4 - Senha | 94565262 | 5 - Data da Autorização 27/03/2024 15:36 | 6 - Número da Guia atribuído | o pela Operadora 94565262 |
|--|---|--|----------------------|---|-------------------------------|--------------------------------|
| | 94565262 | | 94565262 | 27/03/2024 15:36 | | 94363262 |
| Dados do Beneficiário | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | 29 - Nome Social | | | | | |
| 0050000001392231 | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | |
| JOSE ROBERTO DE MAT | TOS | | | | | |
| Dados do Profissional Solicitar | te | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicitant | е | 10 - Telefone | 11 | 1 - E-mail | | |
| ALEXANDRE DE OLIVEIR | A QUEIROZ | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica ARTROPLASTIA TOTAL DE J ARTROPLASTIA TOTAL DE J | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do Mate | rial 15 - Descrição | | 16 - Opção 17 - Qtde | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | itado 19 - Qtde. Autorizada 2 | 20 - Valor Unitário Autorizado |
| 21 - Registro ANVISA do Material | 22 - Referência do mater | | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento | | |
| 1- 00 74904590 | | DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596 | <u> </u> 1 | , | _ 1 | _ _ , _ |
| 80044680272 | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | _ _ _ _ | | |
| 2- 00 72397950 | | TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C | 2 | , | _ 2 | _ _ , _ |
| 10243070064 | ARTHROM COMERC | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ | | | |
| 3- 74896717 | | LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C | 1 | , | _ 1 | _ _ , _ |
| 80044680257 | ARTHROM COMERC | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ | | | |
| 4- 73991953 | COMPONENTE FEMORAL O | PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52 | <u> </u> | , | _ 1 | , |
| 80044680277 | ARTHROM COMERC | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | _ _ _ | | |
| 5- | _ | | | _ | _ | _ _ , _ |
| | _ _ _ _ | | | _ _ _ _ _ | _ | |
| 6- _ | _ _ _ | | | _ | _ | _ _ _ , |
| | | | | _ _ _ _ | | |
| 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372 | 2-0900 / Emitido em 27/03/2024 / Empresa / Titular: | JOSE ROBERTO DE MATTOS | | | | |
| 26. Data da Salicitação | 27. Assignatura do Professional Salisitante | | 29 Assissatives | Propopoával polo Autorização | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | | Zo - Assinatura do | Responsável pela Autorização | | |