

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94708465

(Via HOSPITAL)

1 -	da Guia Atribuío	do pela Operado	ora					
343269					94708465			
4 - Data da Autorização 09/04/2024 17:07 5 - Senha 94708465 6 - Data de			6 - Data de Validade d	a Senha 8/06/2024				
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Cartei				9 - At	endimento de RN			
0050000001891980		20/02/	2025		N			
50 - Nome Social								
10 - Nome EMILIA GOMES RIBEIRO								
Dados do Contratado Solicitante								
12 - Código na Operadora	11	- Nome do Cor						
10.246.214/0001-04	UI	NIORT E OR	RTOPEDIA ESPEC	CIALIZADA L	_TDA			
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA (QUEIROZ			15 - Conselh 06	no Profissional	Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Cód 17905 41 225270		
Dados do Hospital / Local Solicitad	do / Dados da I	nternação						
19 - Código na Operadora / CNPJ	11		/ Local Solicitado				21 - Data sugerida pa	-
10.246.214/0001-04	UNIO		PEDIA ESPECIAL				10/04/2024 00:0	
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tip	co de Internação	24 - Regime	de Internação 25 -	Qtde. Diárias So	olicitadas 26 - Pr	revisão de uso de OPN S	i i	so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica ARTROPLASTIA TOTAL DE JOEL								
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3		- CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10	(4) (opcional)	33 - Indicação de A	cidente (acidente ou d	pença relacionada)	
Procedimentos ou Itens Assistenci	iais Solicitados							
34 - Tabela 35 - Código do Proced 1 - 22 30710049 2 - 22 30726034 3 - 18 60000554 4 -	R A	RTROPLAS	E PROTESES DE S TIA TOTAL DE JO PARTAMENTO SI	ELHO COM I	MPLANTES - T	TRATAMENTO C		2: 38 - Qtde. Aut. 1 1 3
Dados da autorização								
39 - Data provável da Admissão hosp	italar 40 - Qto	le Diárias Autor 3	rizadas 41 - Tipo	de Acomodação	autorizada			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Loca UNIORT E ORTOPEDI			•		_TDA		11	44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/04/2024 / Empresa / Titular: EMILIA GOMES RIBEIRO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização								



Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 94708465	4 - Senha 94708465		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	00465		
		94706465			94706465	09/04/2024 17:07	947	08465	
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000001891980	<u> </u>								
8 - Nome								=	
EMILIA GOMES RIBEIR	0								
Dados do Profissional Solici									
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone		11 - E-mail				
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica ARTROPLASTIA TOTAL DE ARTROPLASTIA TOTAL DE									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	ial no fabricante		16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização		itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Aut	orizado	
1- 00 00660108	SIS	ΓΕΜΑ LAVAGEM OSRON	PULSE 2500D-DPL-ST012	Z-CT02Z	<u> </u>	,	_ 1 _ ,	<u> </u>	
81207919001		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
2- 72397950	CIM	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD (<u> </u>	,	_ 3	<u>l </u>	
10243070064		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ _ _ _				
3- 73991740	COI		PTION COM RESTRICAO -		<u> </u>		_ 1	I	
80044680277		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-010-11 C							
4- 74896873	COI						_ 2	I	
80044680257 5- 74946994	DI A		CIO DE IMPLANTESORTO ENO ESTABILIZADO ZIMN			_ _ _ _			
5- 74946994 80044680317	FLF		CIO DE IMPLANTESORTO		_ 1 - 1 1 1 1	<u> </u> 	_ 1		
6- 74897888	COL		LICO PRECOAT ZIMMER				_ 1		
80044680257			CIO DE IMPLANTESORTO		, <u> </u>			_'	
24 - Especificação do Material								==	
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	372-0900 / Emitido em 09/	04/2024 / Empresa / Titular:	EMILIA GOMES RIBEIRO						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização			



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha	enha		5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		94708465		94708465	09/04/2024 17:07	94	1708465
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000001891980							
8 - Nome							
EMILIA GOMES RIBEII	ко						
Dados do Profissional Solid							
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica ARTROPLASTIA TOTAL D ARTROPLASTIA TOTAL D							-
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário A	utorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 7- 74895893		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
80044680257	COI		LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-057-01 C CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ ,	_ 1	-
8- 74896385	COL		LLICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-003-26 C	_ _ _ _ _ 2		2	
80044680257	001		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 		_ 2	-11
9- 77120396	COL		RECOAT COM RESTRICAO - 00-5990-034-01			_ 3	
80044680274			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
10- 74950967	PLA	ATO TIBIAL DE POLIETILE	ENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5994-30-20 C	1		_ 1	11
80044680317		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 			
11-	_ _ _				_	_	_
					_ _ _ _	_ _	
12- _					_ _ _ ,	_	_
						_ _	
24 - Especificação do Materia	l.						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/04/2024 / Empresa / Titular: EMILIA GOMES RIBEIRO							
Totalone Contratado. (40/00/2 0000 / Ellitido elli 03/04/2024 / Ellipiesa / Titulai. Elvilen Colvies Nibelino							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		