

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95471572

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	Número da Gui	a Atribuído	pela Opera	adora			9547	1572				
4 - Data da Autorização	5 - Senh			6 - Data de Val								
14/06/2024 15 Dados do Beneficiário	5:59	9	5471572		13/	08/2024						
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira	a	9 -	Atendimento	de RN				
0050000062139994			10/09	9/2025			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome JOSE CARLOS ALVES PALMA												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	Nome do C		SPECIA	1 17ADA	I TDA					
											18 - Código CBO	
ALEXANDRE DE OLIV	/EIRA QUEII	ROZ			1	06		1	7905		41	225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Da	dos da Int	ternação									
19 - Código na Operadora / (CNPJ	t		al / Local Solicitad OPEDIA ESPI		'ADA I T	D.A.			11	a sugerida p 2024 00:0	para Internação
10.246.214/0001-04 22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de In	L		ne de Internação		tde. Diárias		26 Provi	año do uso do OF	Щ		uso de Quimioterápico
1	C	terriação	24 - Regiii	1	25 - Q	3	Solicitadas	20 - Flevi	S S	TIVIE 27 - 1	Fievisao de	N
28 - Indicação Clínica DOR DEFORMIDADE EM JOELHO ESQUERDO SEM MELHORA COM TRAT CLINICO												
29 - CID 10 Principal (opcior	al) 30 - CID	10(2) (opc	ional) 3	31 - CID 10(3) (op	ocional)	32 - CID	10(4) (opcion	nal) 33	3 - Indicação de <i>i</i>	Acidente (a	cidente ou c	doença relacionada)
									9			
1- 22 30726034 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4-	do Procedimento	AR DI/DI/LI	ARIA DE	STIA TOTAL I	NTE CO	M REFEI	CAO COM	PLETA	IRO PRIVATIV	CIR 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 3
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut 3	torizadas 41	I - Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	а				
42 - Código na Operadora /	CNP.I autorizad	0 43 -			itorizado							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 14/06/2024 / Empresa / Titular: JOSE CARLOS ALVES PALMA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
46 - Data da Solicitação	47 - A	ssinatura (IOISSITOTY OL	nai Solicitante	48 - ASSII	natura do E	enenciario oi	u kespons	savei 49 - As:	sınatura do	responsáv	rei peia 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 Referenciada 95471572 4 - Ser		4 - Senha	95471572	5 - Data da Autorização 14/06/2024 15:59	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95471572	
Dados do Beneficiário		30411012		30411012	14/00/2024 10:00	30471072	
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000062139994		20 Nome Coolai					
8 - Nome							
JOSE CARLOS ALVES	PALMA						
Dados do Profissional Solici							
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVI	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
		EM MELHORA COM TRAT. M MELHORA COM TRAT CL					
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate1- 00 74951955		22 - Referência do mater	rial no fabricante ENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5960-30-12 C	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1	
80044680317	FLA		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	' 	- -	_ 1	
			PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01			1	
80044680277			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _			
3- 00 74896466	CO	MPONENTE TIBIAL META	LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-047-01 C	<u> </u> 1		_ 1 _ _ , _	
80044680257		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- 00 72397950	CIM	ENTO OSSEO PARA ORT	TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2	_ ,	_ 2 _ ,	
10243070064		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5-					_		
					_ _ _ _	_ _	
6-	_ _ _				_		
					_ _ _ _		
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa	070 0000 / Eiti-l- 444	00/0004 / 5 / 7": 1	JOSE CARLOS ALVES RALMA				
reletone Contratado: (43)3	3/2-0900 / Emitido em 14/	U6/2024 / Empresa / Titular:	JOSE CARLOS ALVES PALMA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		