

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95293915

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núme	Número da Guia Atribuído pela Operadora 952						95293	8915					
4 - Data da Autorização 29/05/2024	10:36	5 - Senha	95	5293915	6 - Data de V		Senha /07/2024							
Dados do Beneficiário	10.00													
7 - Número da Carteira				8 - Va	alidade da Carte	ira	9 - /	Atendimento	de RN					
8650002470460000								N						
50 - Nome Social							<u> </u>							
10 - Nome JOSIANY VIEIRA														
Dados do Contratado Solicitante														
12 - Código na Operado			11	13 - Nome do Contratado										
10.246.214/0001-04			UNI	UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA										
14 - Nome do Profission			. 7					15 - Conselho Profissional			16 - Número do Conselho		17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE C							06	17905					41	225270
Dados do Hospital / Lo				-	tal / Local Colinit	ndo.					1	21 Doto	augarida n	vara Internação
10.246.214/0001-04	l	u	JNIORT	Nome do Hospital / Local Solicitado				ZADA LTDA			29/05/2		a sugerida para Internação 2024 15:00	
22 - Caráter do Atendimer	ito 23 -	Tipo de Interi C	nação	24 - Regime de Internação 1		25 - C	Qtde. Diárias Solicitadas 26 - P		26 - Pr	revisão de uso de OPME 27 -		ME 27 - P	Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica OSTEOCONDROPLA	CTIA EC		AO DES	SECCAO	EOU DI ASTI	۸								
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10	(2) (opci	onal)	31 - CID 10(3) (c	pcional)	32 - CID 1	10(4) (opciona	al)	33 - Indic	ação de A	,	idente ou d	doença relacionada)
Procedimentos ou Iter	s Assiste	nciais Solici	itados											
1- 22 307331 2- 22 307312 4- 18 600008 5- 18 600241 6- 7- 8- 10- 11- 12-	03 49 116 305	cedimento	INS OS TRA DIA	TEOCON ANSPOS ARIA DE	DADE FEMOR NDROPLASTI SICAO DE MA QUARTO CO	IA - ESTA IS DE 1 DLETIVO	ABILIZACA TENDAO - DE 2 LEIT	AO, RESSE - TRATAMI TOS COM I	ECCA ENTO BANH	O E/OU CIRURO IEIRO P	PLASTIA GICO RIVATIV	ET 1 A# 1 1 O 1	Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1
Dados da autorização									_					
39 - Data provável da Ad	ımıssäo ho	ospitalar 4	υ - Qtde	Diárias Au 1	11	11 - Tipo de 1	e Acomodaç	ão autorizada						
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 29/05/2024 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL 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

· II	- Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
343269		95293915		95293915	29/05/2024 10:36	95293915					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
8650002470460000											
8 - Nome JOSIANY VIEIRA											
Dados do Profissional Solicita	ante										
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone] 1	11 - E-mail						
ALEXANDRE DE OLIVE	RA QUEIROZ										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica 71699104 OSTEOCONDROPLASTIA	ESTABILIZACAO RESSE	CCAO EOU PLASTIA					-				
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do Ma 21 - Registro ANVISA do Materi		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solido de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário	o Autorizado				
1- 00499293			AO OB F 2,9X5,5MM 892350000			_ 1	, _				
80356130052		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _							
2- 00 00116700	CAN	NETA ABLACAO RF STRI	PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1	_ _ _ ,	_ 1	, _				
80743230025			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _						
3- 00597007	PAF		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAR	3 <u> </u>		_ 1 _ _ _	, _				
80044680085	A N 1/		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _							
4- 00 71699104 10208610066	ANG		PEDICA ANCORTEC - 103.00217 ANCORT CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	E _ 2	_ ,	_ 2 _ _ _	,				
5-		ANTINOM COMEN	SIO DE IMI EANTEGORTOI EDIGOGETDA	 							
	! -			_			"——				
6-						 _	,				
	_				_ _ _	_					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	72-0900 / Emitido em 29/	05/2024 / Empresa / Titular:	CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIV	A CENTRAL							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização						