

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91830196

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	- Número da Gu	uia Atribuído	pela Opera	adora			91830196]			
4 - Data da Autorização	5 - Sen	ha		6 - Data de Valid	dade da Se	enha	31030130]			
11/07/2023 1	4:33	9	1830196		10/0	9/2023					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
147000001972803							N				
50 - Nome Social											
10 - Nome ALZIRA VIDAL DE SOUZA											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		- 11	Nome do C	ontratado ORTOPEDIA E	SPECIAL	I 17ADA I	TDΔ				
14 - Nome do Profissional	Solicitante		IONI E C	TOT LDIA L			no Profissional	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OL		IROZ			11	06		17905		41	225270
Dados do Hospital / Loca	al Solicitado / D	ados da In	ternação								
19 - Código na Operadora	CNPJ	11		al / Local Solicitad			_		11		ara Internação
10.246.214/0001-04		1		OPEDIA ESPE					<u> </u>	2023 00:0	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de I		24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtd	e. Diárias So 3	olicitadas 26 - P	Previsão de uso de OF S	'ME 27 - F	revisão de u	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EI	M ANEYO DEV	ALIDAD A	CLIIA 909	53600							,
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)											
										9	
Procedimentos ou Itens 34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30726034	do Procedimen	to 36	- Descrição RTROPLA	STIA TOTAL D	E JOELI	но сом і	IMPLANTES -	TRATAMENTO (- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
2- 18 6000038/ 3- 18 6000080: 4-			ARIA DE	ACOMPANHAN QUARTO COL	ETIVO D	E 2 LEIT	OS COM BANI	HEIRO PRIVATI\	1 /O 3		1 3
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada											
	,		3	1	•	3					
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 11/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 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 -	Assınatura (uu rtotissioi	nai Suicitante 📙	40 - ASSINA	atura 00 Bel	nenciario du Resp	יייוסווטווטווטווטווטווטווטווטו	onatura do	n.esponsav	sı pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	- 11	- Senha	04020406	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	6 - Número da Guia atribuído	· · ·		
343269		91830196		91830196	11/07/2023 14:33		91830196		
Dados do Beneficiário	Loo No.	. 0							
7 - Número da Carteira	29 - Nom	ie Social							
1470000001972803									
8 - Nome									
ALZIRA VIDAL DE SOL	JZA								
Dados do Profissional Solici	itante								
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	- E-mail				
ALEXANDRE DE OLIVI	EIRA QUEIROZ								
Dados da cirurgia									
	NEXO- REVALIDAR A GUIA 89863 NEXO REVALIDAR A GUIA 898636 E UNIMED DE ORIGEM								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M					Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		Referência do material		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 75999080			IETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-595	1		_ 1	_ _ ,		
80044680258			D DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-				
2- 74907263			CO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-01 CO			_ 1	,		
80044680276			D DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-				
3- 76362205 80175510047			ION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 C D DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1		_ 1	,		
4- 00 72397950			PEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ 2			
10243070064			D DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 		_ 4	-		
5-	1 1 1 1 1 1	THE OWN COMPLETE	DE IIII EARTEGORIOI EDIGOGEIDA			1 1 1 1 1			
·	_ _ _					-ı ı—ı—ı 	I—I—I—I"I—I		
6-						_,, 			
					-,,,,	-,	1		
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional S	Solicitante		28 - Assinatura do Responsável pela Autorização					