

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91799393

(Via HOSPITAL)

						_			
1 - Registro ANS 3 - Núme 343269	ro da Guia Atri	buído pela Opera	dora		91799393				
4 - Data da Autorização 07/07/2023 16:58	5 - Senha	91799393	6 - Data de Valida	nde da Senha 05/09/2023					
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		8 - Val	lidade da Carteira	9 -	Atendimento de RN	I			
0050000000658947		20/07	7/2025		N				
50 - Nome Social									
10 - Nome IVONE BILHA CARVALHO									
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Co	ontratado						
10.246.214/0001-04		UNIORT E O	RTOPEDIA ES	PECIALIZADA	LTDA				
14 - Nome do Profissional Solicitant ALEXANDRE RIBEIRA PRO				15 - Cons <b>06</b>	elho Profissional	16 - Número do C 28281	11	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local Solicit	ado / Dados o	da Internação				'			
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04	11		al / Local Solicitado	IALIZADA LT	DA		21 - Data si	-	ıra Internação
22 - Caráter do Atendimento 23 - 1	Tipo de Internaç	ção 24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26 - P	revisão de uso de OP	ME 27 - Pre		so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica									
29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID 10(2)	(opcional) 3	1 - CID 10(3) (opcio	onal) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	cidente (acid	ente ou do	pença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assister	ciais Solicita	dos							
34 - Tabela 35 - Código do Prod 1- 22 30726034 2- 18 60000554 3-	cedimento		STIA TOTAL DE APARTAMENTO		/I IMPLANTES -	TRATAMENTO (		Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut.  1  3
4-									
11-	 						 	_ _  _ _	_    _
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admissão ho	spitalar 40 -	Qtde Diárias Auto	orizadas 41 - 1 12	Tipo de Acomoda	ção autorizada				
42 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04	autorizado		ospital / Local Autor		A LTDA			- 11	44 - Código CNES 6 <b>528104</b>
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372- M CIRURGICA AUTORIZAMOS								MENTO -	PARA LAVAGE
46 - Data da Solicitação	47 - Assina	tura do Profissior	nal Solicitante 48	8 - Assinatura do I	Beneficiário ou Resp	onsável 49 - Ass	inatura do Re	esponsáve	l pela Autorização



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

91799393

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ninda	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído p	olo Oporadoro	
343269	3 - Numero da Guia Referen	91799393	4 - Sellia	91799393	11	o - Numero da Guia atribuido p	91799393	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000000658947								
8 - Nome	,							
IVONE BILHA CARVA	LHO							
Dados do Profissional Soli								
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone		11 - E-mail			
ALEXANDRE RIBEIRA	A PROVENZA							
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica								
ARTROPLASTIA TOTAL [	DE JOELHO DIREITO		M REDUÇÃO DO ESPAÇO ARTICULAR, DOR INT ENTO - PARA LAVAGEM CIRURGICA AUTORIZA	•			AMENTO CIRORGICO DE	
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do 21 - Registro ANVISA do Ma		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fahricante		de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicio de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado	
1- <b>74907735</b> <b>80044680276</b>		MPONENTE TIBIAL META	LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02 CO CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	_ _ ,	_  1		
2- <b>76362205</b> <b>80175510047</b>	CO	MPONENTE FEMORAL O	PTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 C CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1		
3- <b>00 75999080</b>	INS		DLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-595	    1	    ,	_  1	_ _ , _	
80044680258		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_			
4- 00 72397888	CIM		TOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G	1	,	_  1	_ _ ,	
<b>10243070062</b> 5-   _    _		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _  _   _	<u>                                     </u>	_	_ _ , _	
_ _ _ _ _ _ _   6-  _    _ _	_ _ _   _ _ _ _				 	_ <del> </del> _  _  <sub>.  </sub>  _ _ _   -	_ _ , _	
24 - Especificação do Materia	al							
			M - MATERIAL NÃO PADRONIZADO PARA ESSE	PROCEDIMENTO - F	PARA LAVAGEM CIRURGICA AUT	ORIZAMOS SERGINDA DE 6	00ML PAGO EM CONTA	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura	do Responsável pela Autorização			