

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91410926

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número | da Guia Atrib | ouído pela Oper | adora | | 91410 | 0926 | | | | |
|---|-------------|---------------------|---|------------------------------|----------------------------------|--|----------|--------------------------------|-------------|--------------|----------------------------------|
| 4 - Data da Autorização 01/06/2023 | - 11 | - Senha | 91410926 | 6 - Data de Vali | dade da Senha 31/07/20 | 23 | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | J L | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | | 8 - Va | alidade da Carteira | | 9 - Atendimento | de RN | | | | |
| 0050000001481269 | | | 23/0 | 1/2024 | | N | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome | | | | | | | | | | | |
| LEONEIDES PRIETO DE FARIA BUSSOLO Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora | | | 13 - Nome do 0 | Contratado | | | | | | | |
| 10.246.214/0001-04 | | | UNIORT E | ORTOPEDIA E | SPECIALIZA | DA LTDA | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional | | | | | 15 - C | 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Cons 06 18734 | | | onselho | 17 - UF | 18 - Código CBO 225270 |
| | | | l= l=t================================= | | | | | 107 34 | | 41 | 223270 |
| Dados do Hospital / Loc 19 - Código na Operadora | | | - | tal / Local Solicitad | lo. | | | | 21 Dot | a cugarida n | para Internação |
| 10.246.214/0001-04 | | UN | ORT E ORT | OPEDIA ESPE | | | | | 13/06/2 | 2023 00:0 | - |
| 22 - Caráter do Atendiment 1 | 23 - Tip | oo de Internaç C | ão 24 - Regir | me de Internação 1 | 11 | ias Solicitadas | 26 - Pre | visão de uso de OF S | PME 27 - 1 | Previsão de | uso de Quimioterápico |
| 28 - Indicação Clínica ARTROSE DE JOELHO | DIBEIT | ٦ | | | • • | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opc | ional) 30 | 0 - CID 10(2) | (opcional) | 31 - CID 10(3) (ope | cional) 32 - 1 | ID 10(4) (opcion | al) 3 | 33 - Indicação de <i>i</i> | Acidente (a | cidente ou c | doença relacionada) |
| Procedimentos ou Itens | Assistenci | iais Solicitad | los | | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Códig | o do Proce | dimento | 36 - Descrição |) | | | | | 37 | - Qtde. Sol | ic. 38 - Qtde. Aut. |
| 1- 22 3072603 | 34 | | ARTROPLA | ASTIA TOTAL D | E JOELHO (| OM IMPLANT | ES - TI | RATAMENTO (| CIR 1 | | 1 |
| 2- 18 6000038 | | | | ACOMPANHA | | EICAO COM | PLETA | | 2 | | 2 |
| 3- 18 6000055 | 54 | | DIARIA DE | APARTAMEN' | TO SIMPLES | | | | 2 | | 2 |
| 4- _ | _ | _ | | | | | | | _ | _ | _ |
| 5- | - | - | | | | | | | <u> </u> - | _ | _ _ _ |
| 6- | _ | - | | | | | | | | _ | <u> </u> |
| 7- | _ | - | | | | | | | - | _ | |
| 8- | _ | - | | | | | | | | _ | |
| 9- | - | - | | | | | | | | _ | |
| 10- _ | _ | - | | | | | | | | _ | |
| 11- _ 12- _ | - - | - - | | | | | | | _ _ | _lll | |
| Dados da autorização | | | | | | | | | | | |
| 39 - Data provável da Adr | nissão hosp | italar 40 - | Qtde Diárias Au | itorizadas 41 | | dação autorizada | a | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES | | | | | | | | | | | |
| 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 | | | | | | | | | | | |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/06/2023 / Empresa / Titular: LEONEIDES PRIETO DE FARIA BUSSOLO | | | | | | | | | | | |
| 40 Data de Callatas " | 1 | 17 A1: | turo do Destinata | anal Caliaitanta 1 | 40. Aggington | o Donoff-14-1- | . Doc- | 200/101 | inoture di | Deeparat | ol polo Autoriosa |
| 46 - Data da Solicitação | | 41 - ASSINA | tura do Profissio | niai Solicitante | 40 - Assinatura | o Beneficiário ou | ı kespor | isavei 49 - Ass | omatura do | Responsav | el 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 | | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora |
|--|----------------------------|------------------------------|---|---------------------|--------------------------------|--|
| 343269 | | 91410926 | | 91410926 | 01/06/2023 16:56 | 914109 |
| Dados do Beneficiário | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | |
| 0050000001481269 | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | |
| LEONEIDES PRIETO D | E FARIA BUSSOLO | | | | | |
| Dados do Profissional Solic | tante | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicitante | | | 10 - Telefone | 1 | 1 - E-mail | |
| MARCUS VINICIUS DA | NIELI | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica ARTROSE DE JOELHO D ARTROSE DE JOELHO D | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do M | | Descrição | sial sa fabricante | | | citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autoriz |
| 21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 75999080 | | 22 - Referência do mater | DLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-595 | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento | _ 1 _ , |
| 80044680258 | INO | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | |
| 2- 00 72397950 | CIM | | TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C | | | _ 2 _ _ , _ |
| 10243070064 | U | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | <u>-</u> | <u> </u> | |
| 3- 74907735 | COM | | ALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02 CO | | | _ 1 _ _ , _ |
| 80044680276 | | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | . <u></u> | | |
| 4- 76362205 | COM | MPONENTE FEMORAL O | PTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 C | 1 | | _ 1 _ , |
| 80175510047 | | ARTHROM COMERC | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | .—. | | |
| 5- | | | | | _ | _ |
| | | | | | | _ _ |
| 6- _ | _ _ _ | | | | _ _ _ , | _ |
| | _ _ _ | | | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | |
| | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa | | | | | | |
| Telefone Contratado: (43)3 | 372-0900 / Emitido em 01/0 | 06/2023 / Empresa / Titular: | LEONEIDES PRIETO DE FARIA BUSSOLO | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pro | oficeional Solicitanto | | 28 - Assingture de | o Responsável pela Autorização | |
| zo - data da Solichação | 27 - Assinatura do Pro | DISSIONAL SUIICILAINE | | Zo - Assinatura do | o nesponsavel pela Autorização | |