

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95161284

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora							1294				
343269		TE Conto				95161284					
4 - Data da Autorização 17/05/2024 10:27		11		6 - Data de Validade da Senha 16/07/2							
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN				
005000000310401	2		26/04	1/2025		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome IZAURA PALMA MEIRA											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profission	al Solicita				15 - Con	selho Profissio	nal	16 - Número do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
JOAO PAULO FEI					06	06 28617				41	225270
Dados do Hospital / L			•	al / Local Solicitado	_				04 D-44		
19 - Código na Operado 10.246.214/0001-0		11			CIALIZADA L	DA				2024 00:0	ara Internação <b>0</b>
22 - Caráter do Atendime	nto 23	- Tipo de Interna <b>C</b>	ção 24 - Regim	e de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diária:	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPN <b>S</b>	1E 27 - I	Previsão de ı	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica					J L						
29 - CID 10 Principal (o	ocional)	30 - CID 10(2	) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opcion	ıal)	33 - Indicação de Ac	cidente (a	cidente ou d	loença relacionada)
										9	
Procedimentos ou Iter 34 - Tabela 35 - Cóo		enciais Solicita ocedimento							27	Otdo Soli	c. 38 - Otde. Aut.
1- <b>22 30726</b>		oceaimento		STIA TOTAL D	E JOELHO CO	M IMPLANT	ES - T	RATAMENTO C		- Qtae. Soil	c. 38 - Qtae. Aut.
2- 18 60000			DIARIA DE A	ACOMPANHAN	NTE COM REFE	ICAO COM	PLET/	4	1		1
3- 18 60000	<b>305</b>		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2 LE	ITOS COM	BANH	EIRO PRIVATIV	0 2		2
4-									-  -  -  -  -  -  -		
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar   40 - Qtde Diárias Autorizadas   41 - Tipo de Acomodação autorizada											
55 - Dala provaverud A	umasau H	Sopilalai   40	2	onzadas 41	TIPO de ACOTIONS	yao autonzada					
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 17/05/2024 / Empresa / Titular: DELFIM MEIRA DE OLIVEIRA  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 - Assina	atura do Profissior	nai Solicitante	48 - Assınatura do	Beneficiário ou	u Kespo	onsavel   49 - Assi	natura do	kesponsáv	ei pela Autorização



## Unimed A

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referen	ciada <b>95161284</b>	4 - Senha	95161284	5 - Data da Autorização 17/05/2024 10:27	6 - Número da Guia atribuído pela	Guia atribuído pela Operadora 95161284		
		93101204		93101204	17/03/2024 10.27		93101204		
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000003104012		25 Nome Goda							
8 - Nome									
IZAURA PALMA MEIRA	<b>\</b>								
Dados do Profissional Solici	tante								
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail				
JOAO PAULO FERNAN	IDES GUERREIRO								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica ARTROPLASTIA TOTAL DE ARTROPLASTIA TOTAL DE									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Va	alor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate 1- <b>74951955</b>		22 - Referência do mate	rial no fabricante ENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5960-30-12 C	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1			
80044680317	r La		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-  '	,		
			PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01			1			
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 					
3- 00 74896466 COMPONENTE TIBIAL METALICO			LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-047-01 C	1	,	_  1  _	,		
80044680257		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
4- 00 72397950	CIM		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2	,	_  2	,		
10243070064		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
5-	-				_	_	,		
6-	_ _ _		-		_ _ _ _	_ _  			
°	_ <del> _ </del> _ _					_	III <sup>1</sup> III		
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/05/2024 / Empresa / Titular: DELFIM MEIRA DE OLIVEIRA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				