

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

9202271<sup>2</sup>

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 -  | Número da Guia     | Atribuído pela Oper                  | adora                 |  |                         | _               |              |                             |   |  |
|---|--------------------|--------------------------------------|-----------------------|--|-------------------------|-----------------|--------------|-----------------------------|---|--|
| 343269  | Numero da Guia 7   | Allibuluo pela Opel                  | auora                 |  | 920227                  | 711             |              |                             |   |  |
| 4 - Data da Autorização   | 5 - Senha          |                                      | 6 - Data de Valid     | dade da Senha                              |                         |                 |              |                             |   |  |
| 28/07/2023 15:  | 59                 | 92022711                             |                       | 01/10/2023                                 |                         |                 |              |                             |   |  |
| Dados do Beneficiário   |                    |                                      |                       |  |                         |                 |              |                             |   |  |
| 7 - Número da Carteira<br>1470000002095040  |                    | 11                                   | alidade da Carteira   | 9 -  | Atendimento de <b>N</b> | e RN            |              |                             |   |  |
|   |                    | 31/1                                 | 2/2025                |  |                         |                 |              |                             |   |  |
| 50 - Nome Social  |                    |                                      |                       |  |                         |                 |              |                             |   |  |
| 10 - Nome   |                    |                                      |                       |  |                         |                 |              |                             |   |  |
| JOSEANE MAROCHI   |                    |                                      |                       |  |                         |                 |              |                             |   |  |
| Dados do Contratado Solid   | itante             |                                      |                       |  |                         |                 |              |                             |   |  |
| 12 - Código na Operadora<br>10.246.214/0001-04  |                    | 13 - Nome do 0                       |                       | SPECIALIZAD <i>A</i>                       | LTDA                    |                 |              |                             |   |  |
| 14 - Nome do Profissional So  | licitante          | UNIORIE                              | JK I OPEDIA E         |  | elho Profissiona        | 16 - Núr        | mero do Cons | elho 17 - UF                | 18 - Código CBO                                   |  |
| MARCUS VINICIUS DA  |                    |                                      |                       | 06   | 1                       |                 |              | 41                          | 225270  |  |
| Dados do Hospital / Local S   | Solicitado / Dado  | os da Internação                     |                       |  |                         |                 |              |                             |   |  |
| 19 - Código na Operadora / C  | NPJ 2              | 20 - Nome do Hospi                   | tal / Local Solicitad | 0  |                         |                 | 2            | 1 - Data sugerida           | a para Internação                                 |  |
| 10.246.214/0001-04  | l                  | JNIORT E ORT                         | OPEDIA ESPE           | CIALIZADA LT                               | DA                      |                 | 3            | 1/07/2023 00                | :00   |  |
| 22 - Caráter do Atendimento   | 23 - Tipo de Inter | nação 24 - Regii                     | me de Internação      | 25 - Qtde. Diárias                         | Solicitadas 2           | 6 - Previsão de | uso de OPME  | 27 - Previsão d             | e uso de Quimioterápico                           |  |
| 1   | С                  |                                      | 1                     | 2  |                         | S               |              |                             | N   |  |
| 28 - Indicação Clínica<br>ARTROSE DE JOELHO ES  | SQUERDO            |                                      |                       |  |                         |                 |              |                             |   |  |
| 29 - CID 10 Principal (opcional   | sistenciais Solic  | itados<br>36 - Descrição<br>ARTROPLA | ASTIA TOTAL D         | ional) 32 - CID E JOELHO COMETIVO DE 2 LEI |                         | S - TRATAN      | MENTO CIR    | 9<br>37 - Qtde. S           | u doença relacionada)  olic. 38 - Qtde. Aut.  1 2 |  |
| 3-  |                    |                                      |                       |  |                         |                 |              |                             |   |  |
| Dados da autorização  |                    |                                      |                       |  |                         |                 |              |                             |   |  |
| 39 - Data provável da Admiss  | ão hospitalar 4    | 10 - Qtde Diárias Au<br><b>2</b>     | utorizadas 41         | - Tipo de Acomoda                          | 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 CNE 6528104  |                    |                                      |                       |  |                         |                 |              | 44 - Código CNES<br>6528104 |   |  |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização |                    |                                      |                       |  |                         |                 |              |                             |   |  |





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

|   |                            |                        |   |  | 5 - Data da Autorização           |            |                                  |  |  |  |  |  |
|---|----------------------------|------------------------|---|--|-----------------------------------|------------|----------------------------------|--|--|--|--|--|
| 1 - Registro ANS  | 3 - Número da Guia Referen |                        | 4 - Senha                                     | Senha 92022711   |                                   |            | da Guia atribuído pela Operadora |  |  |  |  |  |
| 343269  | 92022711                   |                        |   | 28/07/2023 15:59   | 92022711                          |            |                                  |  |  |  |  |  |
| Dados do Beneficiário   |                            |                        |   |  |                                   |            |                                  |  |  |  |  |  |
| 7 - Número da Carteira  |                            | 29 - Nome Social       |   |  |                                   |            |                                  |  |  |  |  |  |
| 1470000002095040  |                            |                        |   |  |                                   |            |                                  |  |  |  |  |  |
| 8 - Nome  |                            |                        |   |  |                                   |            |                                  |  |  |  |  |  |
| JOSEANE MAROCHI   |                            |                        |   |  |                                   |            |                                  |  |  |  |  |  |
| Dados do Profissional Solic   |                            |                        |   |  |                                   |            |                                  |  |  |  |  |  |
| 9 - Nome do profissional solici   |                            |                        | 10 - Telefone                                 | 1  | 1 - E-mail                        |            |                                  |  |  |  |  |  |
| MARCUS VINICIUS DA  | NIELI                      |                        |   |  |                                   |            |                                  |  |  |  |  |  |
| Dados da cirurgia   |                            |                        |   |  |                                   |            |                                  |  |  |  |  |  |
| 12 - Justificativa técnica<br>ARTROSE DE JOELHO ES<br>ARTROSE DE JOELHO ES<br>AUTORIZADO CONFORMI   | SQUERDO                    |                        |   |  |                                   |            |                                  |  |  |  |  |  |
| OPME Solicitadas  |                            |                        |   |  |                                   |            |                                  |  |  |  |  |  |
| 13 - Tabela 14 - Código do I  |                            | Descrição              | ial no fabricanto                             | 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento |                                   |            |                                  |  |  |  |  |  |
| 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabri<br>1- 76394115 SISTEMA DE JOELHO UNI KNEE OXF   |                            |                        | NEE OXFORD CIMENTADO - 154721 COMP            | I I 1  |                                   | _  1       | ,                                |  |  |  |  |  |
| 80044680227   |                            |                        |   | _ <u>                                    </u>  | 1/   1/   1/   1/   1/   1/    1/ | -1 '       | IIII'!II                         |  |  |  |  |  |
| 2- <b>76394123</b>  | SIS                        | TEMA DE JOELHO UNI KI  | NEE OXFORD CIMENTADO - 166942 COMP            | 1  |                                   | _  1       |                                  |  |  |  |  |  |
| 80044680227   |                            |                        | IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                |  |                                   | - <b>1</b> | 11117111                         |  |  |  |  |  |
| 3- <b>00 76394476</b>   | SIS                        |                        | NEE OXFORD CIMENTADO - 159540 INSERT          | I I 1  |                                   | 1          |                                  |  |  |  |  |  |
| 80044680227   |                            | ARTHROM COMERO         | IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                | <br>   |                                   | -          | 1111/111                         |  |  |  |  |  |
| 4- 00 72397950  | CIM                        | ENTO OSSEO PARA ORT    | OPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C             | 1  |                                   | _  1       |                                  |  |  |  |  |  |
| 10243070064   |                            | ARTHROM COMERO         | IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                | <br>  _ _ _  | _ _ _                             | -          |                                  |  |  |  |  |  |
| 5-  |                            |                        |   |  | _                                 | _          | ,                                |  |  |  |  |  |
|   |                            |                        |   |  | _ _ _ _ _                         | _          |                                  |  |  |  |  |  |
| 6-  | _ _ _                      |                        |   |  | _! !-!-!-!-!,!-!-                 | _ _        | ,                                |  |  |  |  |  |
|   |                            |                        | <u> - - - - - - - - - - - - - - - - - - -</u> | _ _  |                                   | _          |                                  |  |  |  |  |  |
| 24 - Especificação do Material  |                            |                        |   |  |                                   |            |                                  |  |  |  |  |  |
| 25 - Observação / Justificativa   |                            |                        |   |  |                                   |            |                                  |  |  |  |  |  |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO |                            |                        |   |  |                                   |            |                                  |  |  |  |  |  |
|   |                            |                        |   |  |                                   |            |                                  |  |  |  |  |  |
|   |                            |                        |   |  |                                   |            |                                  |  |  |  |  |  |
|   |                            |                        |   |  |                                   |            |                                  |  |  |  |  |  |
| 26 - Data da Solicitação  | 27 - Assinatura do Pro     | ofissional Solicitante |   | 28 - Assinatura d  | o Responsável pela Autorização    |            |                                  |  |  |  |  |  |
| 20 - Daia da Sullulação   | 21 - Assiliatula do Pil    | onssional solicitable  |   | 20 - Assiriatula U   | o responsaven pela Autonzação     |            |                                  |  |  |  |  |  |