

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93721008

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS | 3 - Núme | ero da Guia Atri | buído pela Opera | dora | | 0272 | 1000 | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------|-------|------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 343269 | 76.0 | | | | 93721008 | | | | | | |
| 4 - Data da Autorização 12/01/2024 14:35 | | 5 - Senha 6 - Data 93721008 | | 6 - Data de Valid | Validade da Senha 12/03/2024 | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | | 11 | lidade da Carteira | 9 | - Atendimento | de RN | | | | |
| 0050000042240550 | | | 10/05 | 5/2025 | | N | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome JOYCE APARECID | A DE O | LIVEIRA | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operador 10.246.214/0001-04 | | | 13 - Nome do Co UNIORT E O | | SPECIALIZAD | A LTDA | | | | | |
| 14 - Nome do Profissiona MAURICIO RODRIO | | | | | 15 - Cor 06 | 15 - Conselho Profissional 16 - Número do 24650 | | | Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270 | | |
| Dados do Hospital / Lo | | | da Internação | | | | | | |][] | |
| 19 - Código na Operador | | | • | al / Local Solicitado | 0 | | | | 21 - Data | a sugerida p | ara Internação |
| 10.246.214/0001-04 | | UN | IORT E ORTO | PEDIA ESPE | CIALIZADA L | ΓDA | | | 22/01/2 | 2024 00:0 | 0 |
| 22 - Caráter do Atendimen 1 | 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Intern | | ção 24 - Regime de Internação | | 25 - Qtde. Diária | 1 | | Previsão de uso de OPME 27 - | | Previsão de uso de Quimioterápico | |
| 28 - Indicação Clínica | | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | | |
| | | | | .,,,, | , l | , , , , | | | ` | 9 | |
| Procedimentos ou Iten: 34 - Tabela 35 - Códi | | nciais Solicita ocedimento | | | | | | | 27 | Otdo Coli | c. 38 - Otde. Aut. |
| 1- 22 307240 2- 18 600008 3- | 58 | | ARTROPLA: | QUARTO COL | ETIVO DE 2 LE | ITOS COM | BANH | | ΓA 1 | - Quide. Soin | 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 |
| Dados da autorização | | | | | | | _ | | | | |
| 39 - Data provável da Ad | missão ho | ospitalar 40 - | Qtde Diárias Aut | orizadas 41 | - Tipo de Acomoda | ıção autorizad | а | | | | |
| 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 6528104 | | |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/01/2024 / Empresa / Titular: FAST ARIAM EQUIPAMENTOS LTDA 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

Unimed A

| · | 3 - Número da Guia Referei | 11 | 4 - Senha | | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuído | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 343269 | | 93721008 | | 93721008 | 12/01/2024 14:35 | | 93721008 |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | | |
| 0050000042240550 | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | |
| JOYCE APARECIDA DE | OLIVEIRA | | | | | | |
| Dados do Profissional Solicit | ante | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicita | ante | | 10 - Telefone | 11 | 1 - E-mail | | |
| MAURICIO RODRIGUES | S MIYASAKI | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica dor no quadril esquerdo radi dor no quadril esquerdo radi | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do M | laterial 15 - | Descrição | | 16 - Opção 17 - Qtde | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici | itado 19 - Qtde. Autorizada 2 | 20 - Valor Unitário Autorizado |
| 21 - Registro ANVISA do Mater | rial | 22 - Referência do materi | ial no fabricante | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento | | |
| 1- 00 74900994 | CU | PULA ACETABULAR MET | ALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPULA | 1 | , | _ 1 | _ _ , |
| 80044680269 | | ARTHROM COMERC | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | |
| 2- 73996475 | HA | STES FEMORAIS CIMENTA | ADAS - 00-8114-002-10 | 1 | _ _ _ , | _ 1 | , |
| 80044680303 | | ARTHROM COMERC | IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ | _ _ _ _ | | |
| 3- 73984736 | AC | ETABULO POLIETILENO I | MPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8 | 1 | _ _ _ , | _ 1 | _ , |
| 80044680259 | | ARTHROM COMERC | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ | _ _ _ | | |
| 4- 74004379 | CA | BECAS FEMORAIS DE CE | RAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02 | 1 | _ _ _ , | _ 1 | _ , |
| 80044680330 | | ARTHROM COMERC | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | |
| 5- 00506605 | CIN | MENTO OSSEO RADIOPAC | O SIMPLEX DOSE TOTAL 20ML LIQ. + 40G | 1 | _ _ _ , | _ 1 | _ , |
| 80005430445 | | ARTHROM COMERC | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | _ _ _ | | |
| 6- _ _ | _ _ | | | _ _ _ - _ _ _ _ - | _ | _ | _ _ , _ |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa | | | | | | | |
| Telefone Contratado: (43)33 | 3/2-0900 / Emitido em 12 | /01/2024 / Empresa / Titular: F | FAST ARIAM EQUIPAMENTOS LTDA | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do P | rofissional Solicitante | | 28 - Assinatura do | Responsável pela Autorização | | |