

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95638552

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núme	ero da Guia Atr	buído pela Opera	dora		0563	0552				
		95638552   5 - Senha   6 - Data de Validade da Senha									
4 - Data da Autorização 28/06/2024 17:15		5 - Senha <b>95638552</b>		6 - Data de Valid	27/08/2024						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira	9	- Atendimento					
0050000003920944			31/05	5/2026		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome  DOLORES GUEDE	S MON	ΓEIRO									
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 ALEXANDRE DE O					15 - Cor <b>06</b>	15 - Conselho Profissional 16 - Número d 17905			Conselho 17 - UF 18 - Código CB <b>41 225270</b>		18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo											
19 - Código na Operador			•	al / Local Solicitado	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UN	IORT E ORTO		CIALIZADA L	ΓDA			17/07/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimen  1	to 23 -	Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	e de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pro	evisão de uso de OPI <b>S</b>	ИЕ   27 - I	Previsão de ı	uso de Quimioterápico
29 - CID 10 Principal (ope	cional)	30 - CID 10(2	) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opc	sional) 32 - CII	0 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou d <b>9</b>	oença relacionada)
Procedimentos ou Itens	s Assiste	nciais Solicita	dos								
34 - Tabela 35 - Códi 1- 22 307260 2- 18 600003 3- 18 600008 4-	34 84 05	       _    _	ARTROPLAS DIARIA DE A	ACOMPANHAN	NTE COM REFI	ICAO COM	IPLET/	TRATAMENTO C A IEIRO PRIVATIV	IR 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  3
39 - Data provável da Ad	missão ho	ospitalar 40	Qtde Diárias Aut	orizadas 41	- Tipo de Acomoda	ıção autorizad	la				
2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2			3	1	.p = 20 7 00 mout	,					
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									44 - Código CNES <b>6528104</b>		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/06/2024 / Empresa / Titular: DOLORES GUEDES MONTEIRO  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



Unimed A

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

·	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269		95638552		95638552	28/06/2024 17:15		95638552				
Dados do Beneficiário		[aa 11 a 11									
7 - Número da Carteira 005000003920944		29 - Nome Social									
8 - Nome <b>DOLORES GUEDES MO</b>	NTEIRO										
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	1	11 - E-mail						
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica DOR + DEFORMIDADE JOE DOR DEFORMIDADE JOEI							-				
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mater		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solio de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor	Unitário Autorizado				
•			JE - 00-1120-240-01: CIMENTO OSSEO HI-F	2		_  2  _ _	,				
80044680249		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _							
2- <b>00 74904590 INSERTO ARTICULAR</b>			DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596		,	_  1	,				
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
			LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C			_  1	,				
80044680257	601		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
4- 00 73991953 80044680277	COI		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-             -	_  1	ll, ll				
5-		ARTINOM COMER	SIO DE IMI EANTEOORTOI EDIOCOETDA								
	- <del>     </del>	111111				-1					
6-	 					 _	,				
					_ _ _	_					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	72-0900 / Emitido em 28/0	06/2024 / Empresa / Titular:	DOLORES GUEDES MONTEIRO								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização						