

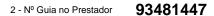
## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93481447

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 93481447 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 12/12/2023 16:49 93481447 13/02/2024 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 1470000000159661 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **CLEUZA FERRAZ** Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 225270 **ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ** 17905 06 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 20/12/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico C 1 3 S Ν 28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO 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) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30726034 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1 1 2- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 3 3 3- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 3 3 4- |\_\_|\_| 6- |\_\_|\_\_| 11-12-\_\_\_ I I I II I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 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 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/12/2023 /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

Unimed A

	úmero da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	
343269	93481447		93481447	12/12/2023 16:49		93481447
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
147000000159661						
8 - Nome						
CLEUZA FERRAZ						
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail						
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do Materia				. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material	22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 74904590		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	<u> </u>		_  1	_ _ _ ,
80044680272		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.			
2- <b>00 72397950</b>		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	<u> </u>		_  2	_ _ _ ,
10243070064		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _			
3- <b>74896717</b>			<u> </u>		_  1	_ _ , _
80044680257		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_		
4- 73991953		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52	1	,	_  1	_ _ , _
80044680277	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_		
5-				_		_ _ , _
				_	_	
6-   _    _			_	_	_	_ _ , _
				_	_	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
	9900 / Emitido em 12/12/2023 /AUTORIZADO COM	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular:	UNIMED CORNELIC	PROCOPIO COOPERATIVA DE	E TRABALHO MEDICO	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		