



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94801282**  
(Via HOSPITAL)

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>94801282</b> |
|-----------------------------------|--|

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização<br><b>17/04/2024 09:58</b> | 5 - Senha<br><b>94801282</b> | 6 - Data de Validade da Senha<br><b>18/06/2024</b> |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

|   |                          |                                   |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira<br><b>1170000002005369</b> | 8 - Validade da Carteira | 9 - Atendimento de RN<br><b>N</b> |
|---|--------------------------|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome  
**SILVIA DA SILVA QUEIROZ**

Dados do Contratado Solicitante

|   |   |
|---|---|
| 12 - Código na Operadora<br><b>10.246.214/0001-04</b> | 13 - Nome do Contratado<br><b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b> |
|---|---|

|   |   |   |                      |                                  |
|---|---|---|----------------------|----------------------------------|
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>MARCUS VINICIUS DANIELI</b> | 15 - Conselho Profissional<br><b>06</b> | 16 - Número do Conselho<br><b>18734</b> | 17 - UF<br><b>41</b> | 18 - Código CBO<br><b>225270</b> |
|---|---|---|----------------------|----------------------------------|

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

|  |  |   |
|--|--|---|
| 19 - Código na Operadora / CNPJ<br><b>10.246.214/0001-04</b> | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado<br><b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b> | 21 - Data sugerida para Internação<br><b>02/05/2024 00:00</b> |
|--|--|---|

|   |                                     |                                       |  |  |  |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| 22 - Caráter do Atendimento<br><b>1</b> | 23 - Tipo de Internação<br><b>C</b> | 24 - Regime de Internação<br><b>1</b> | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas<br><b>2</b> | 26 - Previsão de uso de OPME<br><b>S</b> | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico<br><b>N</b> |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|

28 - Indicação Clínica  
**ARTROSE DE JOELHO DIREITO**

|                                  |                           |                           |                           |   |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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)<br><b>9</b> |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

| 34 - Tabela  | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição  | 37 - Qtde. Solic. | 38 - Qtde. Aut. |
|--------------|-----------------------------|---|-------------------|-----------------|
| 1- <b>22</b> | <b>30726034</b>             | <b>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR</b>  | <b>1</b>          | <b>1</b>        |
| 2- <b>18</b> | <b>60000805</b>             | <b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b> | <b>2</b>          | <b>2</b>        |
| 3-           |                             | _____   |                   |                 |
| 4-           |                             | _____   |                   |                 |
| 5-           |                             | _____   |                   |                 |
| 6-           |                             | _____   |                   |                 |
| 7-           |                             | _____   |                   |                 |
| 8-           |                             | _____   |                   |                 |
| 9-           |                             | _____   |                   |                 |
| 10-          |                             | _____   |                   |                 |
| 11-          |                             | _____   |                   |                 |
| 12-          |                             | _____   |                   |                 |

Dados da autorização

|   |   |  |
|---|---|--|
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar | 40 - Qtde Diárias Autorizadas<br><b>2</b> | 41 - Tipo de Acomodação autorizada<br><b>1</b> |
|---|---|--|

|   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado<br><b>10.246.214/0001-04</b> | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado<br><b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b> | 44 - Código CNES<br><b>6528104</b> |
|---|--|------------------------------------|

45 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COO  
PERATIVA 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 94801282

|                            |   |                       |   |   |
|----------------------------|---|-----------------------|---|---|
| 1 - Registro ANS<br>343269 | 3 - Número da Guia Referenciada<br>94801282 | 4 - Senha<br>94801282 | 5 - Data da Autorização<br>17/04/2024 09:58 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora<br>94801282 |
|----------------------------|---|-----------------------|---|---|

Dados do Beneficiário

|  |                  |
|--|------------------|
| 7 - Número da Carteira<br>1170000002005369 | 29 - Nome Social |
|--|------------------|

8 - Nome  
SILVIA DA SILVA QUEIROZ

Dados do Profissional Solicitante

|   |               |             |
|---|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante<br>MARCUS VINICIUS DANIELI | 10 - Telefone | 11 - E-mail |
|---|---------------|-------------|

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica  
ARTROSE DE JOELHO DIREITO  
ARTROSE DE JOELHO DIREITO  
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM

OPME Solicitadas

| 13 - Tabela                      | 14 - Código do Material | 15 - Descrição   | 16 - Opção | 17 - Qtde. Solicitada | 18 - Valor Unitário Solicitado | 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitário Autorizado |
|----------------------------------|-------------------------|--|------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| 21 - Registro ANVISA do Material |                         | 22 - Referência do material no fabricante                    |            |                       |                                |                       |                                |
| 1- 00                            | 72397950                | CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C      |            | 2                     |                                | 2                     |                                |
|                                  | 10243070064             | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                 |            |                       |                                |                       |                                |
| 2-                               | 74904647                | INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596 |            | 1                     |                                | 1                     |                                |
|                                  | 80044680272             | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                 |            |                       |                                |                       |                                |
| 3-                               | 74896466                | COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-047-01 C |            | 1                     |                                | 1                     |                                |
|                                  | 80044680257             | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                 |            |                       |                                |                       |                                |
| 4-                               | 73992615                | COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-015-52     |            | 1                     |                                | 1                     |                                |
|                                  | 80044680277             | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                 |            |                       |                                |                       |                                |
| 5-                               |                         |  |            |                       |                                |                       |                                |
|                                  |                         |  |            |                       |                                |                       |                                |
| 6-                               |                         |  |            |                       |                                |                       |                                |
|                                  |                         |  |            |                       |                                |                       |                                |

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

|                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização |
|--------------------------|---|---|