

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93897916

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ro da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora							
343269 93897916											
4 - Data da Autorização	- 11	5 - Senha	02007040	6 - Data de Valid							
29/01/2024	15:05		93897916		29/03/2024						
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira   8 - Validade da Carteira   9 - Atendimento de RN											
7 - Numero da Cartella											
50 - Nome Social											
10 - Nome											
SONIA PIERINA DE ALMEIDA											
Dados do Contratado S  12 - Código na Operadora		)	13 - Nome do C	ontratado							
10.246.214/0001-04			1		SPECIALIZADA	A LTDA					
14 - Nome do Profissional	Solicitant	te			15 - Cons	elho Profission	nal 16 -	Número do Con	selho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OI	IVEIRA	A QUEIROZ	<u> </u>		06	06 17905				41	225270
Dados do Hospital / Loc			-								
19 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	/ CNPJ	11		al / Local Solicitado	o I <b>CIALIZADA LT</b>	.D.V		- 11	21 - Data sı <b>05/02/20</b> 2	-	ara Internação
22 - Caráter do Atendimento		Tipo de Interna		ne de Internação	25 - Qtde. Diárias		26 - Provisão	de uso de OPM			uso de Quimioterápico
1	,   23-	C C	içao    24 - Negiii	1	3	Solicitadas	20 - Flevisac	S	_    27 - 116	visao de c	N
28 - Indicação Clínica											
INDICAÇAO CLINICA E											
•											
29 - CID 10 Principal (opc	onal)	30 - CID 10(2	2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opciona	al) 33 - I	Indicação de Aci	dente (acid	ente ou d	oença relacionada)
									9		
Procedimentos ou Itens											
34 - Tabela 35 - Códig 1- <b>22 3072603</b>		cedimento	36 - Descrição	STIA TOTAL D	E JOELHO COI	M IMPLANT	FS-TRAT	TAMENTO CII		Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. <b>1</b>
2- 18 6000038					NTE COM REFE			AMENTOON	3		3
3- 18 6000080	5		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2 LE	ITOS COM E	BANHEIR	O PRIVATIVO	3		3
4-   _	_									_ _	_ _ _
5-   _   _   _   _   _   _   _   _   _	-    								- 		
7-   _											   _
8-   _	_								ii_	_ _	_ _
9-   _	-!!!									_ _	_ _ _
10-       _   11-	-    								- 	_ _	
12-		!! 							-   -	 	 
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adn	nissão ho	spitalar 40	- Qtde Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de Acomoda	ção autorizada					
			3	1							
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 29/01/2024 / Empresa / Titular: JOAO APARECIDO DE ALMEIDA											
				10 11 11				. 11.6			
46 - Data da Solicitação		47 - Assin	atura do Profissio	nai Solicitante	48 - Assinatura do	seneticiário ou	Kesponsáv	eı   49 - Assina	atura do Re	esponsáve	el pela Autorização



Unimed A

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

· 11	3 - Número da Guia Referen	l l				5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribu	· · ·		
343269		93897916			93897916	29/01/2024 15:05		93897916		
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
7 - Numero da Carteira   29 - Nome Social   20 - No										
8 - Nome SONIA PIERINA DE ALI	MEIDA									
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone		11 - E-mail					
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ										
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento					
1- <b>74906119</b>			LICO OPTION ZIMMER - 00-5	5986-047-01 CO	1		_  1			
80044680276		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPE	DICOSLTDA	 		_ <b>.</b>			
2- 74902318 INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596					<u> </u> 1	_ _ _ , _	_  1	_ ,		
80044680272 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA										
3- 00 73990930 COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01					<u> </u>	_ _ _ ,	_  1	,		
80044680277			CIO DE IMPLANTESORTOPE							
4- <b>00 72397950</b>	CIM		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE			,	_  2	,		
10243070064		ARTHROW COWER	CIO DE IMPLANTESORTOPE	DICOSLIDA				_ , , , , , , , ,		
5-   _             _	-     						_	-		
6-		1-1-1-1-1-1-1-	-11111111111111111111				 _	,		
							_,, _	1		
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/01/2024 / Empresa / Titular: JOAO APARECIDO DE ALMEIDA										
00. Data la Oaliaita "	107 4	Carlo and Outrain			100 4	December 1 and 1 a				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	Diissionai Solicitante			28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização				