

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94147392

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS <b>343269</b>   | 3 - Núme                             | ero da Guia                           | a Atribuído          | pela Opera                            | adora   |  |  | 94147                           | 7392                                |                       |                 |                         |                                    |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|---|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------|------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização<br>21/02/2024  | 15:30                                | 5 - Senha                             |                      | 4147392                               | 6 - Data de V   |  | Senha<br><b>04/2024</b>                      |                                 |                                     |                       |                 |                         |                                    |
| Dados do Beneficiário  |                                      |                                       |                      |                                       |   |  |  |                                 |                                     |                       |                 |                         |                                    |
| 7 - Número da Carteira   |                                      |                                       |                      | 8 - Va                                | alidade da Carte  | eira   | 9 - A  | Atendimento                     | de RN                               |                       |                 |                         |                                    |
| 0320000077801130   | )                                    |                                       |                      |                                       |   |  |  | N                               |                                     |                       |                 |                         |                                    |
| 50 - Nome Social   |                                      |                                       |                      |                                       |   |  |  |                                 |                                     | <del></del>           |                 |                         |                                    |
| 10 - Nome<br>ALEXSANDER AU   | GUSTO                                | CAZOT                                 | ļ                    |                                       |   |  |  |                                 |                                     |                       |                 |                         |                                    |
| Dados do Contratado  | Solicitante                          | 9                                     |                      |                                       |   |  |  |                                 |                                     |                       |                 |                         |                                    |
| 12 - Código na Operado   | ra                                   |                                       | 13 -                 | Nome do C                             | Contratado  |  |  |                                 |                                     |                       |                 |                         |                                    |
| 10.246.214/0001-04   | 1                                    |                                       | UNI                  | ORT E                                 | ORTOPEDIA   | ESPECIA                                      | ALIZADA                                      | LTDA                            |                                     |                       |                 |                         |                                    |
| 14 - Nome do Profission  | al Solicitar                         | nte                                   |                      |                                       |   |  | 15 - Conse                                   | lho Profission                  | nal                                 | 16 - Número do Cor    | selho           | 17 - UF                 | 18 - Código CBO                    |
| ALEXANDRE RIBE   | IRA PR                               | OVENZ                                 | 4                    |                                       |   |  | 06   |                                 |                                     | 28281                 |                 | 41                      | 225270                             |
| Dados do Hospital / Lo   | cal Solici                           | tado / Dad                            | dos da Int           | ernação                               |   |  |  |                                 |                                     |                       |                 |                         |                                    |
| 19 - Código na Operado<br>10.246.214/0001-04   |                                      |                                       |                      |                                       | tal / Local Solicit   |  | 'ADA LTC                                     | )A                              |                                     | 11                    |                 | sugerida p<br>2024 00:0 | ara Internação<br><b>0</b>         |
| 22 - Caráter do Atendimer  | nto 23 -                             | Tipo de Int                           | ernação              | 24 - Regin                            | ne de Internação  | 25 - Q                                       | tde. Diárias S                               | Solicitadas                     | 26 - Pre                            | visão de uso de OPM   | E 27 - F        | Previsão de             | uso de Quimioterápico              |
| 1  | il.                                  | С                                     |                      |                                       | 1   | ii .   | 1  | İ                               |                                     | S                     | İİ              |                         | N                                  |
| 29 - CID 10 Principal (op  | cional)                              | 30 - CID                              | 10(2) (opc           | ional)                                | 31 - CID 10(3) (  | opcional)                                    | 32 - CID 1                                   | 0(4) (opciona                   | al)                                 | 33 - Indicação de Aci | ,               | cidente ou c            | oença relacionada)                 |
| Procedimentes ou Item  | e Accieto                            | nciais Sal                            | icitados             |                                       |   |  |  |                                 |                                     |                       |                 |                         |                                    |
| Procedimentos ou Iter  34 - Tabela 35 - Cóc  1- 22 307330  2- 22 307312  4- 18 6000241  6-                               | igo do Pro 149 173 116 1805 51       | L L L L L L L L L L L L L L L L L L L | 36 OS RE TR DII AL I | CONSTR<br>ANSPOS<br>ARIA DE<br>UGUELT | NDROPLAST<br>RUCAO, RET<br>BICAO DE MA<br>QUARTO CO<br>AXA DE APA | ENCIONA<br>AIS DE 1 1<br>OLETIVO<br>ARELHO / | MENTO C<br>FENDAO -<br>DE 2 LEIT<br>FEQUIPAN | OU REFOR<br>TRATAME<br>OS COM I | ECO DO<br>ENTO (<br>BANHI<br>ARA AF | EIRO PRIVATIVO        | # 1<br>R 1<br>1 | - Qtde. Soli            | c. 38 - Qtde. Aut.  1 1 1 1 1      |
| Jos - Data provaverda At   | ภาแจอสU NC                           | opiiaidi                              | Qiue                 | Diarias Au  1                         | 11  | <b>1</b>                                     | ncomouaça                                    | o autonzada                     | 1                                   |                       |                 |                         |                                    |
| 42 - Código na Operado<br>10.246.214/0001-04   |                                      | autorizado                            | 11                   | Nome do H                             | lospital / Local A  | Autorizado                                   | ALIZADA                                      | LTDA                            |                                     |                       |                 |                         | 44 - Código CNES<br><b>6528104</b> |
| 45 - Observação / Justifi<br>Telefone Contratado:<br>7007 - Conforme delik<br>Unimed do Brasil, vige<br>OOPERATIVA DE ME | (43)3372<br>perado pe<br>inte, nao s | lo Colegio                            | Naciona Naciona      | l de Audito                           | ores Medicos l  | Jnimed e                                     | descrito em                                  | Manual de                       | Consu                               | iltas das Normas d    | e Audito        | ria Medica              | e Enfermagem da                    |

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização





## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

| 1 - Registro ANS  | 3 - Número da Guia Refere                              |   | 4 - Senha   | 5 - Data da Autorização                    | 6 - Número da Guia atribuío                                 | · · ·                        |                                |
|---|--|---|---|--|---|------------------------------|--------------------------------|
| 343269  |  | 94147392  |   | 94147392                                   | 21/02/2024 15:30  |                              | 94147392                       |
| Dados do Beneficiário                                     |  | 11  |   |  |   |                              |                                |
| 7 - Número da Carteira                                    |  | 29 - Nome Social  |   |  |   |                              |                                |
| 0320000077801130  |  |   |   |  |   |                              |                                |
| 8 - Nome  |  |   |   |  |   |                              |                                |
| ALEXSANDER AUGUS  | STO CAZOTI   |   |   |  |   |                              |                                |
| Dados do Profissional Solid                               |  |   |   |  |   |                              |                                |
| 9 - Nome do profissional solic                            |  |   | 10 - Telefone   | 1  | 1 - E-mail  |                              |                                |
| ALEXANDRE RIBEIRA   | PROVENZA   |   |   |  |   |                              |                                |
| Dados da cirurgia   |  |   |   |  |   |                              |                                |
| RECONSTRUÇÃO DE LCA<br>JOELHO DIREITO// PARO              | A JOELHO DIRÉITO<br>CIALMENTE AUTORIZADO               | O CONFORME UNIMED DE C  | O , EVOLUIU C/ LESÃO DE LCA E LESÃO OSTE<br>ORIGEM. NEGADO 00597007 - Conforme deliber<br>is Parafusos Bioabsorviveis para cirurgias em Joe | rado pelo Colegio Nacior                   |   |                              | İ                              |
| OPME Solicitadas  |  |   |   |  |   |                              |                                |
| 13 - Tabela 14 - Código do<br>21 - Registro ANVISA do Mat |  | <ul> <li>Descrição</li> <li>22 - Referência do mater</li> </ul> | ial no fabricante   | 16 - Opção 17 - Qtd<br>23 - Nº Autorização | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic<br>de Funcionamento | citado 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitário Autorizado |
| 1- 00 00116700  |  |   | PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200  | 1  |   | _  1                         |                                |
| 80743230025   |  | ARTHROM COMERO  | O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA   | <br>                                       |   | _ <b>.</b>                   |                                |
| 2- <b>76621995</b>  | CA   | NULA DE DEBRIDAÇÃO A  | T - 161 12 10 08 TIPO 12 4,5 X 120 MM , CM  | <u> _ </u> 1                               | ,   | _  1                         | _ ,                            |
| 80777280105   |  | ARTHROM COMERO  | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA   | _ _ _ _                                    |   |                              |                                |
| 3-   _  | _ _ _  _   |   |   | .  _   _ .                                 | _   | _                            | _ ,                            |
|   |  |   |   | _ _ _ _                                    | _ _ _ _ _ _   |                              |                                |
| 4-   _    _ .   | _ _ _  _   |   |   | .  _   _ .                                 | _   _ _ , _   | _                            | _ _ , _                        |
|   |  |   | _ _ _   |  | _ _ _ _ _   |                              |                                |
| 5-   _  | _ _ _  |   |   | .  _  .  _ _                               | _   | _                            | _ _ , _                        |
|   | _ _ _ _  |   |   | .  | _!_ _ _ _   | _                            |                                |
| 6-   _  | _ _ _ _ _  |   |   | .      .                                   | _   | _                            | ,                              |
| <u>       </u>  |  |   | -             -   |  |   |                              |                                |
| 24 - Especificação do Materia                             |  |   |   |  |   |                              |                                |
|   | 3372-0900 / Emitido em 21<br>anual de Consultas das No | rmas de Auditoria Medica e E                                    | // PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME I<br>nfermagem da Unimed do Brasil, vigente, nao ser  |  |   |                              |                                |
| 26 - Data da Solicitação                                  | 27 - Assinatura do P                                   | Profissional Solicitante  |   | 28 - Assinatura de                         | o Responsável pela Autorização                              |                              |                                |