

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93850619

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora											
<b>343269</b>						93850	0619				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid							
24/01/2024 15:16		93850619		24/03/2024							
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira  8 - Validade da Carteira  9 - Atendimento de RN											
0050000031614500 20/05/2025						N	do INI				
50 - Nome Social											
10 - Nome											
CARLOS ALBERTO GARCIA											
Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Operadora  13 - Nome do Contratado											
10.246.214/0001-04			t		SPECIALIZADA	A LTDA					
14 - Nome do Profissional	Solicitante	l e				selho Profission	nal 1	6 - Número do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ						06		17905		41	225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação											
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação											
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 28/01/2024 00:00											-
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - T	Tipo de Interna C	ção    24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas	26 - Previ	são de uso de OPN <b>S</b>	IE    27 - P	revisão de ι	uso de Quimioterápico <b>N</b>
28 - Indicação Clínica				•							
29 - CID 10 Principal (opcid	Assisten		dos	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CIC	10(4) (opciona	al) 33	3 - Indicação de Ac		9	oença relacionada)
34 - Tabela 35 - Código 1- <b>22 3072603</b>		edimento	36 - Descrição	STIA TOTAL D	E JOELHO CO	M IMPI ANT	FS - TR	ATAMENTO C		· Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. <b>2</b>
2- 18 60000384					NTE COM REFE			, (1) (III) = (1) (I)	1		1
3- <b>18 6000080</b>	5		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2 LE	ITOS COM I	BANHEI	IRO PRIVATIVO	3		3
4-   _	_ _	_ _ _									_ _ _
5-	.  _ 									_  	
7-   _									_	 	 
8-   _	_	_ _ _							_	lll	_ _ _
9-	<u>  _</u>  _	_ _ _								<u>   </u>	_ _ _
10-         _   11-	.  _ 	_ _ _								_  	
12-		 							_  _	!!! !	
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admissão hospitalar 39 - Otde Diárias Autorizadas 3 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1											
42 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	orizado	\				11	44 - Código CNES <b>6528104</b>				
45 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/01/2024 / Empresa / Titular: CARLOS ALBERTO GARCIA											
46 - Data da Solicitação	_	47 - Assina	atura do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário ou	Respons	sável 49 - Assir	natura do F	Responsáve	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 93850619 93850619 24/01/2024 15:16 93850619 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000031614500 8 - Nome **CARLOS ALBERTO GARCIA** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO **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 23 - Nº Autorização de Funcionamento 1- 00 74904590 INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596 80044680272 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C 2- 00 72397950 10243070064 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 74896717 COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C 3- 00 80044680257 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4- 00 73991953 COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52 80044680277 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/01/2024 / Empresa / Titular: CARLOS ALBERTO GARCIA 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização