

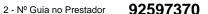
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92597370

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído p	oela Opera	dora									
343269							92597	7370					
4 - Data da Autorização 5 - Senha 92597				6 - Data de Valid		enha 11/2023							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carteira	l	9 -	Atendimento	de RN					
0050000001759607	0/2024			N									
50 - Nome Social													
10 - Nome MARIA TEREZINHA RA	ADIGONDA S	SERRAT	0										
Dados do Contratado Solic	itante												
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado													
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO													
ALEXANDRE DE OLIV		06			11	17905			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 26/09/2023 00:00													
				ime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas				OC Dravi	OF	<u> </u>			
1	C C	emação	24 - Regim	e de internação 1	25 - QII	de. Diarias	Solicitadas	20 - Pievi	são de uso de OF	TME 27 - F	Previsao de	N	
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO													
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)			onal) 3	31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doe			doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens As													
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30726034 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4-	o Procedimento	ART DIA	RIA DE A	STIA TOTAL D ACOMPANHAI QUARTO COL	NTE COI	M REFEI DE 2 LEI	CAO COM	PLETA BANHE	IRO PRIVATIV	CIR 1 3	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 3 3	
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde [Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	1					
			3	1		•							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/09/2023 / Empresa / Titular: MARIA TEREZINHA RADIGONDA SERRATO 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

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 92597370 92597370 20/09/2023 15:16 92597370 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000001759607 8 - Nome MARIA TEREZINHA RADIGONDA SERRATO 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 74896717 COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C 80044680257 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52 73991953 80044680277 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 74904590 INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596 3- 00 80044680272 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4- 00 72397950 CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C 10243070064 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/09/2023 / Empresa / Titular: MARIA TEREZINHA RADIGONDA SERRATO 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização