

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95638883

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	Número da Guia Atribuído pela Operadora 956388i										
4 - Data da Autorização 28/06/2024 17	5 - Senha		95638883	6 - Data de Validade da S		Senha /08/2024					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira	9 -	Atendimento d	de RN				
0050000002082007			15/08	15/08/2025							
50 - Nome Social											
10 - Nome											
MARIA APARECIDA SILVESTRE  Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado											
10.246.214/0001-04			UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								
14 - Nome do Profissional S		UEIROZ	:		15 - Cons <b>06</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número do Conselho 17905		17 - UF   18 - Código CBO   225270	
Dados do Hospital / Local	Solicitado	o / Dados o	da Internação								
19 - Código na Operadora /	CNPJ	11		al / Local Solicitado				- 11	1 - Data sugerida pa	,	
10.246.214/0001-04					CIALIZADA LT	DA		2	4/07/2024 00:0	0	
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo	de Internaç	ção 24 - Regim	ão 24 - Regime de Internação 25		3 - Qtde. Diárias Solicitadas		Previsão de uso de OPME 2		27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>	
28 - Indicação Clínica	1		I		11						
		CID 40(6)	Variant 10	4. CID 400) (see	in all loss city	40(4) (	100 Jan				
29 - CID 10 Principal (opcior	iai) 30	- CID 10(2)	) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opciona	ai)   33 - Indic	ação de Acid	9	oença relacionada)	
Procedimentos ou Itens A											
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30726034 2- 18 60000805 3-	uo rrocedi	_    _     	DIARIA DE	QUARTO COL	E JOELHO COM	TOS COM E	BANHEIRO P	RIVATIVO	37 - Qtde. Solii  1 3	2. 38 - Qtde. Aut.  1 3	
Dados da autorização	- ~ - b it	-l 10	Otala Diánica Aut		Tine de Anneada	~	7				
39 - Data provável da Admis	sau nuspita	aiai    40 -	Qtde Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de Acomoda	au autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECI						LTDA			11	44 - Código CNES <b>6528104</b>	
45 - Observação / Justificativ Telefone Contratado: (43)	)3372-090		o em 28/06/2024		ular: JOAO SILVE		Responsável	49 - Assinat	tura do Responsáve	el pela Autorização	



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

Unimed A

	-							
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	11	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuíd	Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		95638883		95638883	28/06/2024 17:48		95638883	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000002082007		l L						
8 - Nome								
MARIA APARECIDA S	ILVESTRE							
Dados do Profissional Solid								
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	11	- E-mail			
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia								
		MELHORA COM TRAT. CLIN IELHORA COM TRAT CLINIC						
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição			. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material n			rial no fabricante DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1		
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  '		
			PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52			1	_ _ ,	
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	     _		-1	1	
3- <b>74896717</b>	CO	MPONENTE TIBIAL META	LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C	<u> _ </u> 1	_ _ _ ,	_  1	_,	
80044680257		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
4- 00 72397888	CIM		TOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G	1	_ _ _ ,	_  1	,	
10243070062		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
5-   _   _   _   _   _   _	_ _ _				_	_	_ _ , _	
		IIIII			_ _ _ _ _ _  	 _	,	
•   _      _ _ _					_	-ı ı—ı—ı—ı _ll	IIII'III	
24 - Especificação do Materia	l							
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3	3372-0900 / Emitido em 28/	/06/2024 / Empresa / Titular: J	JOAO SILVESTRE					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			