

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91030248

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia A	Atribuído pela Opera	adora								
343269					910302	48					
4 - Data da Autorização	5 - Senha	04020240	6 - Data de Valid								
02/05/2023 11	:11	91030248		01/07/2023							
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira  8 - Validade da Carteira  9 - Atendimento de RN											
0050000001202467		N									
005000001202467											
10 - Nome											
	MARIA APARECIDA GONZAGA MARTINS										
Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Operadora   13 - Nome do Contratado											
10.246.214/0001-04		11		SPECIALIZAD <i>A</i>	LTDA						
14 - Nome do Profissional So	licitante			15 - Cons	elho Profissiona	16 - Núr	nero do Cons	elho 17 -	UF 18 - Código CBO		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIRO	Σ		06		17905		41	225270		
Dados do Hospital / Local S		•									
19 - Código na Operadora / C	- 11	0 - Nome do Hospita			D.4		11	_	ida para Internação		
10.246.214/0001-04		JNIORT E ORTO						5/05/2023 (			
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inter	naçao   24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas   26	6 - Previsão de <b>S</b>	uso de OPME	27 - Previsad	o de uso de Quimioterápico		
28 - Indicação Clínica								]			
29 - CID 10 Principal (opcional Procedimentos ou Itens As 34 - Tabela 35 - Código o 1- 22 30726034 2- 18 60000384 3- 18 60000805	ssistenciais Solici	itados 36 - Descrição ARTROPLA DIARIA DE A	ACOMPANHAN	E JOELHO COM ITE COM REFE ETIVO DE 2 LEI	CAO COMPI	S-TRATAN	IENTO CIR	<b>9</b> 37 - Qtde	ou doença relacionada)  Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 3		
4-	são hospitalar   4			· Tipo de Acomoda							
		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 / Emítido em 02/05/2023 / Empresa / Titular: MARIA APARECIDA GONZAGA MARTINS  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



## 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha				5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		91030248		91030248	02/05/2023 11:11	910302	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000001202467							
8 - Nome							
MARIA APARECIDA G	ONZAGA MARTINS						
Dados do Profissional Solid	itante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica							
INDICAÇAO CLINICA EM A							
INDIOAÇÃO CLINICA LIVI	NILKO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do 21 - Registro ANVISA do Mate		escrição 22 - Referência do mater	ial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização		citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autoriz	
1- 74907263			LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-01 CO			_  1     _ ,	
80044680276			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 			
2- 73990930	COM	PONENTE FEMORAL OF	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01	1		_  1	
80044680277		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3- <b>00 74904361</b>	INSE	RTO ARTICULAR DE PO	LIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	<u></u> 1	_ _ _ ,	_  1   _ ,	
80044680272		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- 00 72397888	CIME	ENTO OSSEO PARA OR	TOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G	<u> </u>	,	_  2    ,	
10243070062		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5-   _	_ _ _				_	_	
					_ _ _ _	_ _	
6-   _	_ _ _				_	-! .	
						_ _	
24 - Especificação do Materia	l						
05. 01							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		5/2023 / Empresa / Titular: I	MARIA APARECIDA GONZAGA MARTINS				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	fissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		