

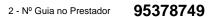
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95378749

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 95378749 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 06/06/2024 14:31 95378749 05/08/2024 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000000472010 20/11/2024 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome JERONIMA MARIA NOVI Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho **ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ** 17905 225270 06 41 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 15/06/2024 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico C 3 s Ν 28 - Indicação Clínica ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1- 22 30726034 1 2- 18 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 3 3 4- |__|_| 6- <u>|</u> 11-12-|__|_ |__|_| I I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 12 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 / Emitido em 06/06/2024 / Empresa / Titular: LUIZ NOVI 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 Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuíd	
343269		95378749		95378749	06/06/2024 14:31		95378749
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social							
005000000472010							
8 - Nome							
JERONIMA MARIA NO	OVI						
Dados do Profissional Solid	citante						
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica ARTROPLASTIA TOTAL D ARTROPLASTIA TOTAL D							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição			Salar folder in		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material 1- 74896466		22 - Referência do mate	lal no fabricante LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-047-	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1	,
80044680257			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-	_ '	
2- 74951955	PLA		ENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5960-30-7			1	_ _ _ ,
80044680317			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-ı ·	1-1-1-1-1'1-1-1
3- 00 73990930	CO	MPONENTE FEMORAL O	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-0)1 <u> </u>		_ 1	
80044680277		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	·			
4- 00 72397950	CIM	ENTO OSSEO PARA OR	TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDAR	D C _ 2	,	_ 2	,
10243070064		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	A _ _ _			
5- _ _				_ _	_	_	_,
					_ _ _ _		
6- _					_	_	_ ,
	 -				_ _ _ _ _	<u>- </u>	
24 - Especificação do Materia	ll						
25 - Observação / Justificativa	a						
Telefone Contratado: (43)	3372-0900 / Emitido em 06/	06/2024 / Empresa / Titular:	LUIZ NOVI				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
	II .			II			