

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93382420

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b>   | 3 - Núm  | nero da Guia Ati   | ribuído pela Opera            | adora                  |                 | 033                                  | 82420    |                                   |            |                      |                                  |
|---|--|--------------------|-------------------------------|------------------------|-----------------|--------------------------------------|----------|-----------------------------------|------------|----------------------|----------------------------------|
|   | <u> </u>   | 5 - Senha          |                               | 6 - Data de Valid      | tada da Sanha   | 7                                    | 02420    |                                   |            |                      |                                  |
| 4 - Data da Autorização<br>04/12/2023 12:02   |  | 5 - Senha 93382420 |                               | 6 - Data de Valid      | 02/02/20        | ı                                    |          |                                   |            |                      |                                  |
| Dados do Beneficiá  | rio  |                    |                               |                        |                 |                                      |          |                                   |            |                      |                                  |
| 7 - Número da Carteir   |  |                    | - 11                          | alidade da Carteira    |                 | 9 - Atendiment                       |          |                                   |            |                      |                                  |
| 00500000099536  | 66   |                    | 13/1                          | 0/2024                 |                 | N                                    | l        |                                   |            |                      |                                  |
| 50 - Nome Social  |  |                    |                               |                        |                 |                                      |          |                                   |            |                      |                                  |
| 10 - Nome  ROBSON DUARTE SILVA  |  |                    |                               |                        |                 |                                      |          |                                   |            |                      |                                  |
| Dados do Contratado Solicitante   |  |                    |                               |                        |                 |                                      |          |                                   |            |                      |                                  |
|   | 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA |                    |                               |                        |                 |                                      |          |                                   |            |                      |                                  |
| 14 - Nome do Profissi JOAO PAULO FI   |  |                    | EIRO                          |                        | 15 - C          | 15 - Conselho Profissional <b>06</b> |          | 16 - Número do Conselho<br>28617  |            | 17 - UF<br><b>41</b> | 18 - Código CBO<br><b>225270</b> |
| Dados do Hospital /   | Local Solid  | citado / Dados     | da Internação                 |                        |                 |                                      |          |                                   |            |                      |                                  |
| 19 - Código na Opera  |  |                    | -                             | tal / Local Solicitado | 0               |                                      |          |                                   | 21 - Data  | a sugerida p         | para Internação                  |
| 10.246.214/0001   |  |                    |                               | OPEDIA ESPE            |                 |                                      |          |                                   | <u> </u>   | 2023 00:0            |                                  |
| 22 - Caráter do Atendin   | nento   23   | - Tipo de Interna  | ação 24 - Regin               | ne de Internação<br>1  | † †             | as Solicitadas                       | 26 - Pr  | revisão de uso de OPI<br><b>S</b> | ME    27 - | Previsão de          | uso de Quimioterápico  N         |
| 28 - Indicação Clínica  |  |                    |                               |                        |                 |                                      | -        |                                   |            |                      |                                  |
| 29 - CID 10 Principal   | (opcional)   | 30 - CID 10(2      | 2) (opcional)                 | 31 - CID 10(3) (opc    | cional) 32 - (  | ID 10(4) (opcio                      | onal)    | 33 - Indicação de A               | cidente (a | cidente ou c         | doença relacionada)              |
| ·   |  |                    |                               |                        | ,               | -( ) (-1                             |          | ,                                 |            | 9                    |                                  |
| Procedimentos ou It   |  |                    |                               |                        |                 |                                      |          |                                   |            |                      |                                  |
|   | ódigo do Pr<br><b>6190</b>   | rocedimento        | -                             |                        | PERIFERIC/      | S CRONICA                            | S - TR   | ATAMENTO CIR                      |            | ' - Qtde. Sol        | ic. 38 - Qtde. Aut.<br><b>1</b>  |
|   | 3065   |                    |                               |                        |                 |                                      |          | O VIDEOARTRO                      |            |                      | 1                                |
|   | 3049   |                    |                               |                        |                 |                                      |          | O E/OU PLASTI                     |            |                      | 1                                |
| 4- 22 3073  | 3073   |                    | RECONSTR                      | RUCAO, RETEN           | CIONAMENT       | O OU REFO                            | RCO D    | O LIGAMENTO                       | CR 1       |                      | 1                                |
|   | 1216   |                    |                               | ICAO DE MAIS           |                 |                                      |          |                                   | 2          |                      | 2                                |
|   | 0805<br>4454   |                    |                               |                        |                 |                                      |          | IEIRO PRIVATIV<br>ARTROSCOPIA F   |            |                      | 1                                |
| 7- <b>18 6002</b><br>  8-   _   | 4131<br>   | 1111               | ALUGUELI                      | AAA DE AFAK            | ELHO / EQUI     | PAMENTOF                             | AKA A    | K I KOSCOPIA P                    | PAR 1      | 1 1 1                | 1                                |
| 9-  | <br>   |                    |                               |                        |                 |                                      |          |                                   | -<br>      |                      | <br>                             |
| 10-   | ,,<br>_   _  |                    |                               |                        |                 |                                      |          |                                   |            | _,,<br>_             |                                  |
| 11-   | _  _   | _                  |                               |                        |                 |                                      |          |                                   | _          | _  _                 |                                  |
| 12-   | _  | _                  |                               |                        |                 |                                      |          |                                   | l_         | _  _                 |                                  |
| Dados da autorizaçã   | ăo   |                    |                               |                        |                 |                                      |          |                                   |            |                      |                                  |
| 39 - Data provável da   | Admissão h   | nospitalar 40      | - Qtde Diárias Au<br><b>1</b> | torizadas 41 <b>1</b>  | - Tipo de Acomo | dação autoriza                       | da       |                                   |            |                      |                                  |
| 42 - Código na Opera  | dora / CNP   | J autorizado       | 11                            | lospital / Local Auto  |                 |                                      |          |                                   |            |                      | 44 - Código CNES                 |
| 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104  |  |                    |                               |                        |                 |                                      |          |                                   |            |                      |                                  |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/12/2023 / Empresa / Titular: PADO S/A INDUSTRIAL COMERCIAL E IMPORTADORA |  |                    |                               |                        |                 |                                      |          |                                   |            |                      |                                  |
| AC Date de Callair  | 50   | 47 4               | oturo de Desferi              | nol Colisian 1         | 40 Ai           | o Don-fir'                           | ou D-    | oneával II.ao. A                  | inat : !   | Dogga                | ol polo Autoria a "              |
| 46 - Data da Solicitaç  | aU   | 47 - ASSIN         | atura do Profissio            | nai Suicitante   '     | 48 - Assinatura | o benenciario                        | ou Kespo | UIISAVEI   49 - ASS               | ınaturd 00 | rresponsav           | el pela Autorização              |



## Unimed A

## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

| 1 - Registro ANS  | 2. Número do Cuio Referen  | ninda                        | 4 Conho  |  | 5 - Data da Autorização           | 6. Número do Cuio etril | huída nala Operadora                             |  |  |  |
|---|----------------------------|------------------------------|--|--|-----------------------------------|-------------------------|--|--|--|--|
| •   | 3 - Número da Guia Referen | 1                            | 4 - Senha  | 93382420   |                                   |                         | Número da Guia atribuído pela Operadora 93382420 |  |  |  |
| 343269  |                            | 93382420                     |  | 93382420   | 04/12/2023 12:02                  |                         | 93382420   |  |  |  |
| Dados do Beneficiário   |                            |                              |  |  |                                   |                         |  |  |  |  |
| 7 - Número da Carteira  |                            | 29 - Nome Social             |  |  |                                   |                         |  |  |  |  |
| 0050000009953666  |                            |                              |  |  |                                   |                         |  |  |  |  |
| 8 - Nome  |                            |                              |  |  |                                   |                         |  |  |  |  |
| ROBSON DUARTE SIL   | VA                         |                              |  |  |                                   |                         |  |  |  |  |
| Dados do Profissional Solicitante   |                            |                              |  |  |                                   |                         |  |  |  |  |
| 9 - Nome do profissional solic  | tante                      |                              | 10 - Telefone  | 1  | 1 - E-mail                        |                         |  |  |  |  |
| JOAO PAULO FERNA  | NDES GUERREIRO             |                              |  |  |                                   |                         |  |  |  |  |
| Dados da cirurgia   |                            |                              | ·  |  |                                   |                         |  |  |  |  |
| 12 - Justificativa técnica<br>INDICAÇAO CLINICA EM INDICAÇAO CLINICA EM I |                            |                              |  |  |                                   |                         |  |  |  |  |
| OPME Solicitadas  |                            |                              |  |  |                                   |                         |  |  |  |  |
| 13 - Tabela 14 - Código do  |                            | 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 fa        |                            |                              |  | 23 - Nº Autorização  | de Funcionamento                  |                         |  |  |  |  |
| 1- 00499293   | CAI                        |                              | O OB F 2,9X5,5MM 892350000   | _  1   |                                   | _  1                    | ,  |  |  |  |
| 80356130052   | DAT                        |                              | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA  |  |                                   |                         |  |  |  |  |
| 2- <b>00 00597007 80044680085</b>   | PAI                        |                              | A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB<br>CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA   |  |                                   | _  1                    | - - -  |  |  |  |
|   | A N 1/                     |                              |  |  |                                   |                         |  |  |  |  |
| 3- <b>00</b> 71502718 <b>80044680086</b>                                  | ANG                        |                              | ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J<br>CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |  |                                   | _  1                    | - - -  |  |  |  |
|   | DIC                        |                              | AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D                                 | _ _ _ <br>   |                                   |                         |  |  |  |  |
| 4- 00 78898676<br>80044680449   | סוט                        |                              | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA  | _  3<br>   |                                   | _  3                    | - - -  |  |  |  |
| 5- <b>00 70627657</b>   | DI /                       |                              | A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA                                  |  |                                   | 1                       |  |  |  |  |
| 10208610040   | 1 27                       |                              | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA  | _ <del>  _                                 </del>  |                                   | _1 '                    | ,  |  |  |  |
| 6-  |                            | Alternation Company          | 510 52 mm 2/11/12/50/17/51 25/00/52/15/1                               |  |                                   | -   - - -               | ,  |  |  |  |
|   |                            |                              |  |  |                                   | -ı ı—ı—ı—ı<br>_ll       | 1-1-1-1-1/1-1-1                                  |  |  |  |
| 24 - Especificação do Materia   |                            |                              |  |  |                                   |                         |  |  |  |  |
|   |                            |                              |  |  |                                   |                         |  |  |  |  |
| 25 - Observação / Justificativa   |                            |                              |  | ·  |                                   | ·                       |  |  |  |  |
| Telefone Contratado: (43)3  | 372-0900 / Emitido em 04/  | 12/2023 / Empresa / Titular: | PADO S/A INDUSTRIAL COMERCIAL E IMPORTA                                | ADORA  |                                   |                         |  |  |  |  |
|   |                            |                              |  |  |                                   |                         |  |  |  |  |
|   |                            |                              |  |  |                                   |                         |  |  |  |  |
|   |                            |                              |  |  |                                   |                         |  |  |  |  |
| 26. Data da Calisitas -   | 27 - Assinatura do Pr      | oficeional Calicitante       |  | 20 Appingture d  | - Despensával polo Autoriza - ~ - |                         |  |  |  |  |
| 26 - Data da Solicitação  | 27 - Assinatura do Pr      | uissionai solicitante        |  | ∐ ∠ŏ - Assinatura d  | o Responsável pela Autorização    |                         |  |  |  |  |