

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93025334

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93025334						334							
4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade o 31/10/2023 09:47 93025334					nha 2/2023								
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira			8 - Valida	ade da Carteira	l	9 - A	Atendimento (	de RN					
0050000003945270			29/06/2	2024			N						
50 - Nome Social													
10 - Nome													
ROSALIA ANDRIANI DE JESUS  Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora		13 - Non	me do Con	tratado									
10.246.214/0001-04		UNIOF	RT E OR	TOPEDIA E	SPECIAL	IZADA	LTDA						
14 - Nome do Profissional Sol <b>ALEXANDRE DE OLIV</b>		oz			- 11	15 - Conselho Profissional 16 - Número de 17905			ero do Co	11 11		18 - Código CBO <b>225270</b>	
Dados do Hospital / Local S			nacão										
19 - Código na Operadora / C			•	Local Solicitad	lo						21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04	l	UNIORT E	ORTOP	PEDIA ESPE	CIALIZA						07/11/2	2023 00:0	-
22 - Caráter do Atendimento  1	11 '		24 - Regime de Internação 25			Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pro		26 - Pre	revisão de uso de OPME 27 - 5		Previsão de uso de Quimioterápico  N		
28 - Indicação Clínica													
29 - CID 10 Principal (opciona	i) 30 - CID 1	0(2) (opciona	al) 31 -	- CID 10(3) (opc	cional) [3	32 - CID 1	0(4) (opciona	al)	33 - Indica	ção de A	cidente (ac	cidente ou c	loença relacionada)
												9	
Procedimentos ou Itens As			2001080								27	Otdo Coli	a 29 Otda Aut
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30726034 2- 18 60000805 3-	p Procedimento	ARTR	IA DE Q	TIA TOTAL E	ETIVO DE	E 2 LEIT	OS COM E	BANH	EIRO PR	IVATIV	IR 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1 3
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	40 - Qtde Diá	árias Autori	zadas 41	- Tipo de Ad	comodaçã	ão autorizada						
			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 31/10/2023 / Empresa / Titular: COMPANHIA CACIQUE DE CAFE SOLUVEL  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

					. <u></u>			
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuío	ero da Guia atribuído pela Operadora	
343269		93025334		93025334	31/10/2023 09:47		93025334	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000003945270								
8 - Nome								
ROSALIA ANDRIANI D	DE JESUS							
Dados do Profissional Solid	citante							
9 - Nome do profissional solic	citante		10 - Telefone	1:	1 - E-mail			
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia				1				
		EM MELHORA COM TRAT. ( M MELHORA COM TRAT CL						
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fa				23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 74896717 COMPONENTE TIBIAL METALICO N			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	,  _  '		_  1	_ ,	
			PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52			1		
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1 '	_ _ , _	
			DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596			1		
80044680272	1110		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	, <u>                                      </u>	<u>  </u>	_l '		
4- 00 72397950	CIM		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C			2	_ _ , _	
10243070064			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	, <u> </u>		-1 -	1-1-1-1-17111	
5-						_	_ _ , _	
					_ _ _			
6-				-  _   _ -	_   _ _ , _	_	_ _ , _	
	_ _			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _		
24 - Especificação do Materia	al							
25 - Observação / Justificativa	a							
Telefone Contratado: (43)3	3372-0900 / Emitido em 31/	10/2023 / Empresa / Titular:	COMPANHIA CACIQUE DE CAFE SOLUVEL					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			