

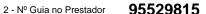
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95529815

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N								
343269					95529815			
4 - Data da Autorização 5 - Senha 20/06/2024 08:22		95529815	95529815 6 - Data de Validade da 23					
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira 8550970045886092		8 - Va	lidade da Carteira	9 - At	endimento de RN N			
50 - Nome Social								
10 - Nome ENIO DURVAL PEREIRA								
Dados do Contratado Solicitante								
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								
14 - Nome do Profissional Sol ALEXANDRE DE OLIV	oz			15 - Conselho Profissional 06		onselho 17 - UI	18 - Código CBO 225270	
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação								
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 08/07/2024 00:00								
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Interr	nação 24 - Regim	ne de Internação 25	5 - Qtde. Diárias So	olicitadas 26 - Pr	evisão de uso de OPI	ME 27 - Previsão o	le uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica DOR DEFORMIDADE EM VALGO JOELHO DIREITO								
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2		(2) (opcional)	cional) 31 - CID 10(3) (opcional)		(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados								
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30726034 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
Dados da autorização								
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 3 41 - Tipo de Acomodação autorizada 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 C 6528104							44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CENTRO OESTE PAULI STA FED INTRAFEDERATIVA COOPERATIVAS MEDICAS 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável pela Autorização								



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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 95529815 95529815 20/06/2024 08:22 95529815 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 8550970045886092 8 - Nome **ENIO DURVAL PEREIRA** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica DOR + DEFORMIDADE EM VALGO JOELHO DIREITO. DOR DEFORMIDADE EM VALGO JOELHO DIREITO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - 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 fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 1- 00 74896466 COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-047-01 C 80044680257 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C 2- 00 72397950 10243070064 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA PLATO TIBIAL DE POLIETILENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5960-30-12 C 74951955 80044680317 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 73990930 **COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01** 80044680277 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CENTRO OESTE PAULISTA FED INTRAFEDERATIVA COOPERATIVAS MEDICAS 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização