

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92806748

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N	lúmero da Guia A	tribuído pela Opera	dora								
343269					928067	<b>'48</b>					
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid								
10/10/2023 10:0	04	92806748		09/12/2023							
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira   8 - Validade da Carteira   9 - Atendimento de RN											
0050000001569786		11	1/2024		N						
50 - Nome Social											
10 - Nome											
JAIR APARECIDO CUR											
Dados do Contratado Solicit  12 - Código na Operadora	tante	13 - Nome do C	antratada								
10.246.214/0001-04		11		SPECIALIZAD <i>A</i>	LTDA						
14 - Nome do Profissional Soli	citante				elho Profissiona	l 16 - Número	do Conselho	17 - UF	18 - Código CBO		
MARCUS VINICIUS DA	NIELI			06		18734		41	225270		
Dados do Hospital / Local S	olicitado / Dados	s da Internação		,							
19 - Código na Operadora / Ch	11	) - Nome do Hospita					11		ara Internação		
10.246.214/0001-04		NIORT E ORTO						2023 00:0			
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Interr	nação    24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas   26	6 - Previsão de uso d <b>S</b>	de OPME    27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico		
28 - Indicação Clínica			•								
-											
29 - CID 10 Principal (opcional	30 - CID 10	(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação	o de Acidente (a	cidente ou c	oença relacionada)		
								9			
Procedimentos ou Itens Ass	sistenciais Solicit	tados									
34 - Tabela 35 - Código do	Procedimento	36 - Descrição	OTIA TOTAL D	F 1051110 001	4 INADI ANITE			- Qtde. Soli	_		
1- 22 30726034 2- 18 60000384				E JOELHO COM ITE COM REFE		S-TRATAMEN ∣FT∆	TO CIR 1		1 2		
3- <b>18</b> 60000805						ANHEIRO PRIV			2		
4-   _							_	_  _	_ _ _		
5-							<u> </u>	_	_ _ _		
6-   _       _ _   7-							_	_			
	-    						_ 	_   	 		
9-							- 	_   			
10-								_,, _	 		
11-							L	_  _	_ _		
12-							_	_			
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admissã		) - Qtde Diárias Aut 2	1	· Tipo de Acomoda	ão autorizada						
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 10/10/2023 / Empresa / Titular: JAIR APARECIDO CURY											
46 - Data da Solicitação	47 - Assi	natura do Profissior	nal Solicitante	18 - Assinatura do E	Beneficiário ou R	Responsável 49	- Assinatura do	Responsáv	el 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 - Se		4 - Senha		5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		92806748		92806748	10/10/2023 10:04	92806748
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social				
0050000001569786						
8 - Nome						
JAIR APARECIDO CUI	RY					
Dados do Profissional Solid	itante					
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail	
MARCUS VINICIUS DANIELI						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM / INDICAÇAO CLINICA EM /	ANEXO ANEXO					
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do l		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	
1- 74896717	CO		ALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C	1		_  1
80044680257 2- 73991953	001		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52			
2- 73991953 80044680277	COI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  1		_  1
3- <b>00 74904590</b>	INC		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	_ _ _ _  		1 1 1 1 1 1 1 1
80044680272	INS		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1
4- 00 72397950	CIM		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C			_  2
10243070064	Cilvi		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		_
5-		/ COME	510 52 mm 2/11/12/50/17/51 25/00/52/15/1			_
	_ <del> _ </del> -					
6-		1-1-1-1-1-1-1-				,, _
	 				_	
24 - Especificação do Materia						
25 - Observação / Justificativa		(4.0/0000 / F	IND ADADEOUR CURV			
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 10/	10/2023 / Empresa / Titular:	JAIR APARECIDO CURY			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização	
					•	