

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91078791

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 91078791 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 05/05/2023 10:34 91078791 08/07/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 8550970045728004 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome MARCELA A DE ALMEIDA 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 225270 **ROBERTO GRANGE GASPARELLI** 06 32428 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 15/05/2023 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 1 S Ν 1 28 - Indicação Clínica GONARTROSE EM JOELHO DIREITO 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 1- 22 30726034 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 2- 18 60000805 1 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 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 05/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CENTRO OESTE PAULIS TA FED INTRAFEDERATIVA COOPERATIVAS MEDICAS

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia a	tribuído pela Operadora	
343269		91078791		91078791	05/05/2023 10:34		91078791	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
8550970045728004								
8 - Nome								
MARCELA A DE ALME	IDA							
Dados do Profissional Solicitante								
•			10 - Telefone	1	1 - E-mail			
ROBERTO GRANGE GASPARELLI								
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica GONARTROSE EM JOELI GONARTROSE EM JOELI AUTORIZADO CONFORM	O DIREITO							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição	del co fel decesar		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento			
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 75999080		22 - Referência do mater	nai no fabricante DLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-5		de Funcionamento	1	_ _ _ ,	
80044680258	1110		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		<u> </u>	-l ·	1-1-1-1-1/1-1-1	
2- 74907735	COI		LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02 (CO 1		_ 1	_ _ , _	
80044680276		ARTHROM COMER(CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 	_			
3- 76362205	COI	MPONENTE FEMORAL OF	PTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02	C _ 1	, ,	_ 1	,	
80175510047		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
4- 00 72397950	CIM		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD	C _ 2	,	_ 2	,	
10243070064		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
5-	_ _ _				_	_	,	
_ _ _ _ 6_					_ _ _ _	_	_ _ _ ,	
° 111	 				_	-I	I 1/	
24 - Especificação do Materia								
4								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CENTRO OESTE PAULISTA FED INTRAFEDERATIVA COOPERATIVAS MEDICAS								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			
•	11							