

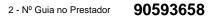
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90593658

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia A	Atribuído nela Onera	adora							
343269										
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid			'				
23/03/2023 13	:40	90593658		22/05/2023						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN										
7 - Número da Carteira 0050000041075067		i i	2/2025	9-	N	e KIN				
50 - Nome Social										
10 - Nome										
AGUINALDO ZAMPAR	RONE									
Dados do Contratado Solid	citante	7								
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do C		SPECIALIZAD <i>A</i>	LITDA					
14 - Nome do Profissional So	licitante	ONIONI E C	TOT EDIA E		elho Profissiona	al 16 - Nú	mero do Cons	selho 17	- UF][18 - Código CBO
MARCUS VINICIUS DA				06	† 		41	- 11	225270	
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dado	os da Internação								
19 - Código na Operadora / C	11	20 - Nome do Hospit					2	1 - Data suge	erida pa	ra Internação
10.246.214/0001-04	U	JNIORT E ORT	OPEDIA ESPE	CIALIZADA LT				04/04/2023		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inter	rnação 24 - Regin	ne de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 2	6 - Previsão de		27 - Previsa		so de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica	С		1	3		S				N
29 - CID 10 Principal (opcion	pi) 20 CID 40	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ianal) 22 CID	10(4) (opcional)	22 Indi	opoño do Agia	lonto (soident	ro ou do	ença relacionada)
29 - GID TOT HIICIPAL (Options	al) 30 - GID 10	o(z) (opcional)	71 - CID 10(3) (Opc	32 - CID	TO(4) (OPCIONAL))	cação de Acid	9	.e ou uc	eriça relacionada)
Procedimentos ou Itens As										
34 - Tabela 35 - Código of	lo Procedimento	DIARIA DE	STIA TOTAL D QUARTO COL	E JOELHO COM	TOS COM B	ANHEIRO F	PRIVATIVO		e. Solic	38 - Qtde. Aut. 1 3
Dados da autorização	10					1				
39 - Data provável da Admiss	säo hospitalar 4	10 - Qtde Diárias Aut 3	torizadas 41 ·	- Tipo de Acomoda	ção autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA									- 11	4 - Código CNES 5528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/03/2023 / Empresa / Titular: ISAM MAQUINAS DE CONSTRUCAO LTDA 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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer		4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	o da Guia atribuído pela Operadora	
343269		90593658		90593658	23/03/2023 13:40		90593658
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000041075067							
8 - Nome							
AGUINALDO ZAMPAR	ONE						
Dados do Profissional Solid	citante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	11	- E-mail		
MARCUS VINICIUS DA	ANIELI						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica							
ARTROSE DE JOELHO ES ARTROSE DE JOELHOS							
AKTROSE DE JOELHOS	piora ESQUENDA						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição	ial as fabricants		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mat 1- 00 75999080		22 - Referência do mater	DLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-595	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1	,
80044680258	INC		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ '	-
2- 00 72397950	CIN		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C			2	_ _ ,
10243070064	O.III		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_1 -	
3- 74907263	СО		LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-01 CO			I 1	,
80044680276			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		— I	1
4- 76362205	СО	MPONENTE FEMORAL OF	PTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 C	1		_ 1	_ ,
80175510047		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _ _			
5- _					_	_	_,
					_	_ _	
6- _ _					_	_	,
	_ _ _			_ _ _	_	_ _	
24 - Especificação do Materia	ıl						
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)	3372-0900 / Emitido em 23/	/03/2023 / Empresa / Titular: 1	ISAM MAQUINAS DE CONSTRUCAO LTDA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
	11			11			ŀ