

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94445652

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia A	Atribuído pela Opera	adora								
343269											
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid								
18/03/2024 11	:21	94445652		17/05/2024							
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira  8 - Validade da Carteira  9 - Atendimento de RN											
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 005000001992395 23/05/2025					N	F KIN					
50 - Nome Social									1		
10 - Nome											
MARIA ONOFRA DE C	ARVALHO BI	ERNARDINO									
Dados do Contratado Solid	citante	70									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do C		SPECIALIZAD <i>A</i>	LITDA				•		
14 - Nome do Profissional So	licitante	OMORI E C	TOT EDIA E		elho Profissiona	al 16 - Núr	mero do Cons	selho 17 -	UF 18 - Código CBO		
ALEXANDRE DE OLIV		οz		06	11 11			41	225270		
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dado	s da Internação							I I		
19 - Código na Operadora / C	11	0 - Nome do Hospit					2	1 - Data suger	rida para Internação		
10.246.214/0001-04		JNIORT E ORT	OPEDIA ESPE	CIALIZADA LT	DA		0	8/04/2024			
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inter	nação 24 - Regin	ne de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26	6 - Previsão de	uso de OPME	27 - Previsã	o de uso de Quimioterápico		
1	С		1	3		S			N		
28 - Indicação Clínica ARTROSE DE JOELHO D	DIREITO										
29 - CID 10 Principal (opcion: Procedimentos ou Itens As 34 - Tabela 35 - Código o	sistenciais Solici	itados 36 - Descrição			10(4) (opcional)			<b>9</b> 37 - Qtde			
1- 22 30726034 2- 18 60000554			STIA TOTAL D APARTAMENT	E JOELHO COM TO SIMPLES	/ IMPLANTE	S-TRATAN	MENTO CIR	l 1 3	1 3		
2- 18   60000334   3-				I U SIMPLES				3 -  - - - -  - - -	3 		
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar 4	0 - Qtde Diárias Au	torizadas 41	- Tipo de Acomoda	ção autorizada	1					
,		3	12								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local / UNIORT E ORTOPEDIA					LTDA	-			44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 18/03/2024 / Empresa / Titular: MARIA ONOFRA DE CARVALHO BERNARDINO  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  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

· 11	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269	94445652			94445652		94445652	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000001992395							
8 - Nome							
MARIA ONOFRA DE CA	RVALHO BERNARDI	NO					
Dados do Profissional Solici	ante						
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	11	l - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica ARTROSE DE JOELHO ARTROSE DE JOELHO DII	REITO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M	aterial 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário	Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- <b>00 72397950 10243070064</b>	CIM		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  2		_  2  _ _ _ ,	,lll
2- <b>74904590</b>	INC		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596			1	
80044680272	INS		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_        	_	'lll
3- <b>74896717</b>						1	
80044680257	00.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		<u>  </u>	_l ·	/1
4- 73991953	COI		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52	1		_  1	
80044680277		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. <u></u>   _ _ _ _			·
5-					_	_	,  _
	_ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
6-   _					_	_	,  _
	_					_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	372-0900 / Emitido em 18/	03/2024 / Empresa / Titular:	MARIA ONOFRA DE CARVALHO BERNARDINO				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		