

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91260131

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 91260131 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 19/05/2023 17:50 91260131 05/08/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 8650002162620007 28/02/2023 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **HELIO RAPHAEL FABO** 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 **ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ** 17905 225270 06 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 25/05/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 26 - Previsão de uso de OPME C 1 3 s Ν 28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO 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 2- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 1 3- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 4- |__|_| 6- |__|__| 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 19/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL

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 343269	3 - Número da Guia Referen	nciada 91260131	4 - Senha	91260131	5 - Data da Autorização 19/05/2023 17:50	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 9126	0131
Dados do Beneficiário		0.1200.01		0.1200.101	10/00/2020 11:00	0.123	
7 - Número da Carteira	1	29 - Nome Social					
8650002162620007							
8 - Nome							-
HELIO RAPHAEL FABO)						
Dados do Profissional Solici							
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A AUTORIZADO CONFORME	NEXO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autor	izado
21 - Registro ANVISA do Mate1- 74902318		22 - Referência do mater	rial no fabricante DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1	.
80044680272	1143		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		- -	_ 1	-1
2- 74906119	CO		ALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO	1		1	
80044680276			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. <u></u> ,			-
3- 00 73990930	CO	MPONENTE FEMORAL O	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01			_ 1	_ı
80044680277		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	· · ·			
4- 00 72397888	CIM	IENTO OSSEO PARA OR	TOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G	2	,	_ 2 _ ,	_
10243070062		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _			
5-					_	_	_l
	_				_ _ _ _		
6-					_	-! . - - - - -	_l
	_ _ _					_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL							
(,							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		