

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90911825

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núme	ero da Guia Atı	ribuído pela Ope	eradora		909	11825				
4 - Data da Autorização 19/04/2023	16:37	5 - Senha	9091182	6 - Data de Valid	dade da Senha 18/06/20	23		•			
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - \	/alidade da Carteira		9 - Atendiment					
0050000040265652			05/	10/2024		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome VIRGINIA APARECI	DA MA	RCOLINO									
Dados do Contratado S	olicitante	9									
12 - Código na Operadora			13 - Nome do								
10.246.214/0001-04			UNIORT E	ORTOPEDIA ES							
14 - Nome do Profissional <b>ALEXANDRE DE OI</b>			Z		15 - C	onselho Profiss	ional	16 - Número do C 17905	onselho	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Loc	al Solici	tado / Dados	da Internação		'						
19 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	/ CNPJ	11		oital / Local Solicitado TOPEDIA ESPE		LTDA			1	sugerida p 2023 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimento	23 -	Tipo de Interna	ação 24 - Reg	ime de Internação	25 - Qtde. Dia	rias Solicitadas	26 - Pi	revisão de uso de OP	ME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica		С		1		1	]	<u> </u>			N
29 - CID 10 Principal (opc	onal)	30 - CID 10(2	2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 -	CID 10(4) (opcic	onal)	33 - Indicação de A	•		loença relacionada)
Procedimentos ou Itens	Accieta	nciais Solicita	ados							9	
		cedimento	36 - Descriçã	io					37	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 3073306				OU SUTURA DE	-						1
2- <b>22</b> 3073304 3- <b>22</b> 3073307				NDROPLASTIA RUCAO, RETEN		-					1 1
4- 22 3073121				SICAO DE MAIS					1		1
5- 18 6000080	5		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2	LEITOS CON	I BANH	IEIRO PRIVATIV	0 1		1
6- 18 6002415	1		ALUGUEL	TAXA DE APAR	ELHO / EQU	PAMENTO P	PARA A	ARTROSCOPIA I	PAR 1		1
7-   _       _   8-            _	-ll -l -l	 							 	-   	 
9-	 -	   _								 -  _	   _
10-	_  _	_ _									_ _ _
11-	-   -	_    _							_  _	-   -	_  
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adn	nissão ho	ospitalar 40	- Qtde Diárias A	utorizadas 41 ·	- Tipo de Acom	odação autoriza	da				
42 - Código na Operadora	/ CNPJ	autorizado	11	Hospital / Local Auto		DALTDA					44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104  45 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/04/2023 / Empresa / Titular: ELIS MARCOLINO											
46 - Data da Solicitação		47 - Assin	atura do Profissi	ional Solicitante	48 - Assinatura	do Beneficiário	ou Resp	onsável 49 - Ass	inatura 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 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269	90911825		90911825	19/04/2023 16:37	90911825			
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
0050000040265652								
8 - Nome								
VIRGINIA APARECIDA	MARCOLINO							
Dados do Profissional Solid	itante							
9 - Nome do profissional solic	tante	10 - Telefone	11	1 - E-mail				
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica								
INDICAÇÃO CLINICA EM								
INDICAÇÃO CLINICA EM	ANEXO							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do l					citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate 1- <b>00 00590045</b>			23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 00590045 80777280006	LAMINA PARA SHAVER SE	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  1		_  1			
2- 00 70627657		A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA			1 1 1 1 1 1 1 1			
10208610040		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_			
3- <b>00 00597007</b>		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			_  1     _ ,			
80044680085		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>					
4- 00 78898676	DISPOSITIVO DE REPARAC	AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	3		_  3   _ ,			
80044680449	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
5-				_	_			
6-   _	_ _ _			_   _ _ ,	_			
				_ _ _ _	_ _			
24 - Especificação do Materia								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/04/2023 / Empresa / Titular: ELIS MARCOLINO								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização				
				•				