

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91127835

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pe	ela Operad	dora									
1 11						9112	7835						
4 - Data da Autorização	5 - Senha		07005	6 - Data de Val									
09/05/2023 17	:11	911	27835		08/0	7/2023							
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira  8 - Validade da Carteira  9 - Atendimento de RN													
0050000010101481 09/07/2023					-		N						
50 - Nome Social													
10 - Nome													
CARLOS CARFI													
Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Operadora  13 - Nome do Contratado													
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11		RTOPEDIA E	ESPECIA	LIZADA	LTDA						
14 - Nome do Profissional So	olicitante						elho Profissio	nal	16 - Núme	ro do Cor	selho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLIV	/EIRA QUEIR	ROZ			-	06   17905					41	225270	
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dao	dos da Interr	nação										
19 - Código na Operadora / 0	CNPJ			I / Local Solicita						- 11		• .	ara Internação
10.246.214/0001-04	10			PEDIA ESPI								023 00:0	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação    2	4 - Regime	e de Internação 1	25 - Qtd	de. Diárias <b>3</b>	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso <b>S</b>	o de OPM	E    27 - F 	revisão de i	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica				•									
Procedimentos ou Itens A:  34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30726034	ssistenciais Soli	36 - D	escrição	1 - CID 10(3) (op BTIA TOTAL I			10(4) (opcion		,		37	eidente ou d <b>9</b> - Qtde. Soli	oença relacionada)  c. 38 - Qtde. Aut.  1
2- 18 60000384				COMPANHA							3		3
3- 18   60000805   4-		DIAR		QUARTO CO							) 3           		3
Dados da autorização													
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde Di	árias Auto	orizadas 41		Acomodaç	ão autorizada	a					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  44 - Código CNE							44 - Código CNES <b>6528104</b>						
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/05/2023 / Empresa / Titular: CARLOS CARFI  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 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

	•					
·	- Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	pela Operadora
343269	91127835		91127835	09/05/2023 17:11		91127835
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000010101481						
8 - Nome	<u> </u>					
CARLOS CARFI						
Dados do Profissional Solicitar	nte					
9 - Nome do profissional solicitan		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVEIR	RA QUEIROZ					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANI INDICAÇAO CLINICA EM ANI						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do Mat	erial 15 - Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	0 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Materia	I 22 - Referência do mater	ial no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- <b>74907735</b>	COMPONENTE TIBIAL META	LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02 CO	1	,	_  1	,
80044680276	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _			
2- 76362205 COMPONENTE FEMORAL OPTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-			1	,	_  1	,
80175510047	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _		
3- <b>00 75999080</b>	INSERTO ARTICULAR DE PO	LIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-595	1	,	_  1	,
80044680258	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _		
4- 00 72397950	CIMENTO OSSEO PARA ORT	OPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2	,	_  2	,
10243070064	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _	_ _ _		
5-   _				_	_	_ ,
			_ _ _	_ _ _ _	_	
6-   _				_	_	,
					_	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
,	2-0900 / Emitido em 09/05/2023 / Empresa / Titular: 0	CARLOS CARFI				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		