

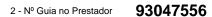
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93047556

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	Número da Guia Atribuído pela Operadora 930475										
4 - Data da Autorização	11	5 - Senha 6 - Data de Validade o									
Dados do Beneficiário	01/11/2023 15:50 93047				31/12/2023	<u>'</u>					
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carteira	9	- Atendimento	de RN				
005000005069001 10/01/2025						N					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
DIONEI GALDINO DE FARIAS Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		- 11	13 - Nome do Contratado								
10.246.214/0001-04 14 - Nome do Profissional S	olioitonto		UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO								
ALEXANDRE DE OLI		UEIROZ		06	11		16 - Número do Conselho 17905		18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Local	Solicitado	/ Dados da	a Internação								
19 - Código na Operadora /	CNPJ	11		al / Local Solicitado				11	-	a para Internação	
10.246.214/0001-04	1 00 =				CIALIZADA L				08/11/2023 00		
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo	de Internaçã	ção 24 - Regime de Internação 25		25 - Qtde. Diaria	i i		Previsão de uso de OPME 27		27 - Previsão de uso de Quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica	1				1						
29 - CID 10 Principal (opcion	nal) 30 -	· CID 10(2) ((opcional) 3	1 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CII	0 10(4) (opcio	nal) 33 -	ndicação de Aci	dente (acidente o	u doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais	s Solicitado	os								
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30726034 2- 18 60000384 3- 18 60000554 4-			DIARIA DE A	ACOMPANHAN APARTAMENT	E JOELHO CO	EICAO CON	IPLETA		37 - Qtde. S R 1 3 3	38 - Qtde. Aut. 1 3 3	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admis	são hospita	alar 40 - 0	Qtde Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de Acomoda	eção autorizad	la				
			3	12		- · · ·					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPEC						A LTDA				44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificati Telefone Contratado: (43 46 - Data da Solicitação)3372-0900		em 01/11/2023		ular: DIONEI GA			el 49 - Assin:	atura do Respons	ável pela Autorização	



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha	!!		6 - Número da Guia atribuído	lúmero da Guia atribuído pela Operadora	
343269		93047556		93047556	01/11/2023 15:50		93047556	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000005069001								
8 - Nome								
DIONEI GALDINO DE I	FARIAS							
Dados do Profissional Solid	citante							
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	11	- E-mail			
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia			 					
12 - Justificativa técnica								
		MELHORA COM TRAT CLIN						
DOR DEFORMIDADE EM	JOELHO DIREITO SEM M	IELHORA COM TRAT CLINIC	CO ARTROSE					
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do	Material 15 -	Descrição		16 - Opcão 17 - Otde	. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Otde, Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mat		22 - Referência do mater	rial no fabricante	23 - Nº Autorização		made to aldertalenzada i	20 Valor Ormano / latonizado	
1- 00 74904590	INS	ERTO ARTICULAR DE PO	DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	_ 1	,	_ 1	,	
80044680272		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 00 72397950	CIM	IENTO OSSEO PARA ORT	TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2	_ _ _ ,	_ 2	_ _ , _	
10243070064		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3- 74896717	COI	MPONENTE TIBIAL META	LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C	1	,	_ 1	_ _ , _	
80044680257		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _				
4- 73991953	COI	MPONENTE FEMORAL OF	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52	_ 1	,	_ 1	,	
80044680277		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _				
5- _					_	_	_ _ , _	
					_	_ _		
6- _					_	_	_ _ , _	
					_	_ _		
24 - Especificação do Materia	ıl							
25 - Observação / Justificativa	<u> </u>							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/11/2023 / Empresa / Titular: DIONEI GALDINO DE FARIAS								
	1							
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante					Responsável pela Autorização			