

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92950622

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS   | 3 - Núme                              | ro da Guia Atr  | huido nela Onera           | adora                         |                    |                             | _                                  |                |                    |             |                                |
|--|---------------------------------------|-----------------|----------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------------|------------------------------------|----------------|--------------------|-------------|--------------------------------|
| 343269   | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · |                 |                            |                               |                    |                             | 622                                |                |                    |             |                                |
| 4 - Data da Autorização  |                                       | 5 - Senha       |                            | 6 - Data de Valid             | dade da Senha      |                             |                                    |                |                    |             |                                |
| 24/10/2023 14:05   |                                       | 92950622        |                            |                               | 23/12/2023         |                             |                                    |                |                    |             |                                |
| Dados do Beneficiário  |                                       |                 |                            |                               |                    |                             |                                    |                |                    |             |                                |
| 7 - Número da Carteira<br>0050000000747842   |                                       |                 | 11                         | ilidade da Carteira<br>6/2024 | 9                  | - Atendimento d<br><b>N</b> | le RN                              |                |                    |             |                                |
| 0050000000747842 03/06/2024 N  |                                       |                 |                            |                               |                    |                             |                                    |                |                    |             |                                |
|  |                                       |                 |                            |                               |                    |                             |                                    |                |                    |             |                                |
| 10 - Nome  |                                       |                 |                            |                               |                    |                             |                                    |                |                    |             |                                |
| EDISON DE CAMPOS   |                                       |                 |                            |                               |                    |                             |                                    |                |                    |             |                                |
| Dados do Contratado Solicitante  |                                       |                 |                            |                               |                    |                             |                                    |                |                    |             |                                |
| 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado   |                                       |                 |                            |                               |                    |                             |                                    |                |                    |             |                                |
| 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO   |                                       |                 |                            |                               |                    |                             |                                    |                |                    |             |                                |
| MARCUS VINICIUS DANIELI  |                                       |                 |                            |                               |                    | 06 18734                    |                                    |                | - 11               | 41          | 225270                         |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação   |                                       |                 |                            |                               |                    |                             |                                    |                |                    |             |                                |
| 19 - Código na Operadora   | / CNPJ                                | 20              | Nome do Hospit             | al / Local Solicitad          | 0                  |                             |                                    |                | 21 - Data s        | sugerida p  | ara Internação                 |
| 10.246.214/0001-04   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA   03/11/2023 00:00  |                                       |                 |                            |                               |                    |                             |                                    |                |                    |             |                                |
| 22 - Caráter do Atendiment   | 23 -                                  | Tipo de Interna | ção 24 - Regim             | ne de Internação              | 25 - Qtde. Diária  | S Solicitadas 2             | 26 - Previsão                      | de uso de OPME | 27 - Pre           | evisão de ι | so de Quimioterápico           |
| 1  |                                       | С               |                            | 1                             | 2                  |                             |                                    | S              |                    |             | N                              |
| 28 - Indicação Clínica ARTROSE DE JOELHO ESQUERDO  |                                       |                 |                            |                               |                    |                             |                                    |                |                    |             |                                |
|  |                                       |                 |                            |                               |                    |                             |                                    |                |                    |             |                                |
| 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 or general particular de la cidente or general particular de l |                                       |                 |                            |                               |                    |                             |                                    |                | oença relacionada) |             |                                |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados   |                                       |                 |                            |                               |                    |                             |                                    |                |                    |             |                                |
| 34 - Tabela 35 - Códig<br>1- <b>22 307260</b> 3  |                                       | cedimento       | 36 - Descrição<br>ARTROPLA |                               | E JOELHO CO        | M IMPLANTE                  | ES - TRAT                          | AMENTO CI      |                    | Qtde. Soli  | c. 38 - Qtde. Aut.<br><b>1</b> |
| 2- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE CO   |                                       |                 |                            |                               |                    |                             |                                    |                | 2                  |             | 2                              |
| 3- <b>18</b> 6000055   |                                       |                 |                            |                               |                    |                             |                                    |                |                    |             | 2                              |
| 4-   _   | _  _                                  |                 |                            |                               |                    |                             |                                    |                |                    |             | _ _ _                          |
| 5-   _   _   _   _   _   _   _   _   _   | _  _                                  | _ <br>          |                            |                               |                    |                             |                                    |                | .<br>              |             |                                |
| 7-   | _  <br>_                              | <br>            |                            |                               |                    |                             |                                    |                | -<br>              | <br>        | _ <br>  _                      |
| 8-   _   | _  _                                  | _               |                            |                               |                    |                             |                                    |                |                    |             | _ _                            |
| 9-   _   | _  _                                  |                 |                            |                               |                    |                             |                                    |                | _  _               | _ _         | _ _ _                          |
| 10-  | _  _                                  | _               |                            |                               |                    |                             |                                    |                | _                  | _ _         |                                |
| 11-       _<br>  12-         _   | _  <br>                               | <br>            |                            |                               |                    |                             |                                    |                | -<br>              | <br>        | _ <br>                         |
| Dados da autorização   |                                       |                 |                            |                               |                    |                             |                                    |                |                    |             |                                |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada   |                                       |                 |                            |                               |                    |                             |                                    |                |                    |             |                                |
|  |                                       |                 | 2                          | 12                            | !                  |                             |                                    |                |                    |             |                                |
| 42 - Código na Operadora<br>10.246.214/0001-04   | orizado<br>SPECIALIZAD                | A LTDA          |                            |                               |                    | - 11                        | 44 - Código CNES<br><b>6528104</b> |                |                    |             |                                |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/10/2023 / Empresa / Titular: EDISON DE CAMPOS   |                                       |                 |                            |                               |                    |                             |                                    |                |                    |             |                                |
| 46 - Data da Solicitação   |                                       | 47 - Assina     | atura do Profission        | nal Solicitante               | 48 - Assinatura do | Beneficiário ou             | Responsáve                         | el 49 - Assina | atura do R         | esponsáve   | el pela Autorização            |



2 - Nº Guia no Prestador

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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 92950622 92950622 24/10/2023 14:05 92950622 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000000747842 8 - Nome **EDISON DE CAMPOS** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **MARCUS VINICIUS DANIELI** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MENISCO MEDIAL + CONDROPLASTIA JOELHO DIREITO ARTROSE DE JOELHO ESQUERDO **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 74906119 COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO 80044680276 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 74902318 INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596 80044680272 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 73990930 COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01 3- 00 80044680277 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4- 00 72397950 CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C 10243070064 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/10/2023 / Empresa / Titular: EDISON DE CAMPOS 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização