

## **GUIA DE SOLICITAÇÃO** DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador (Via HOSPITAL) 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 94002976 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 07/02/2024 11:16 94002976 13/04/2024 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 9767333064260004 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **PAULO ROBSON PEREIRA BARBOSA** 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 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 17 - UF **MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI** 225270 06 24650 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 26/02/2024 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 S Ν 1 28 - Indicação Clínica dor no quadril direito rx demonstra artrose avançada 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 30724058 ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA 1 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 2- 18 60000805 4- | | | 6- <u>|</u> 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 07/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MEDICAS

46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

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

1 - Registro ANS	i i		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora
343269		94002976		94002976	07/02/2024 11:16	94002976
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social				
9767333064260004						
8 - Nome						
PAULO ROBSON PEREIRA BARBOSA						
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail	
MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica						
dor no quadril direito rx demonstra artrose avançada dor no quadril direito rx demonstra artrose avançada						
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do	Material 15 -	Descrição		16 - Opcão 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mat		22 - Referência do mater	ial no fabricante	23 - Nº Autorização		
1- 00 73997463	HAS		MENTADA - 00-7711-009-20	<u> _</u>   1	,	_  1
80044680304			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
2- 74899910	CUI		ALICA ZIMMER - 00-8753-048-01 - CUPULA	1		_  1     _ ,
80044680269			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
3- <b>73984736 80044680259</b>	ACI		MPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  1	_   ,	_  1
4- 74004379	CVI		RAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02			_  1
80044680330	OAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		<sup>-</sup>     - - - - - - - - - - -	-
5- 00506605	CIM		CO SIMPLEX DOSE TOTAL 20ML LIQ. + 40G			_  1     _ ,
80005430445	-		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. <u></u> .		
6-   _					_	_
				_ _ _ _	_ _ _ _	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MEDICA						
S SIGNATURE CONTINUED DE CATALON DE CONTINUED DE CATALON DE CATALO						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	