

### GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93720762

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - 1 3 - 1	Número da Guia A	Atribuído pel	la Operad	lora			93720	762					
4 - Data da Autorização 12/01/2024 14:	5 - Senha	9372	20762	6 - Data de Vali		enha )3/2024							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira			8 - Valid	dade da Carteira	1	9 -	Atendimento (	de RN					
0050000042288692 29/06/2024							N						
50 - Nome Social													
10 - Nome EDSON DE AGUIAR PI	HILOT												
Dados do Contratado Solici	itante												
12 - Código na Operadora		11	me do Co										
10.246.214/0001-04		UNIOF	RT E OF	RTOPEDIA E									
14 - Nome do Profissional Sol MAURICIO RODRIGUE					11	15 - Conse <b>06</b>	elho Profissior	nal	16 - Nún <b>24650</b>	nero do Co	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dado	s da Intern	nação										
19 - Código na Operadora / C	- 11			I / Local Solicitad							1		ara Internação
10.246.214/0001-04				PEDIA ESPE	ECIALIZA	ADA LTI	DA				22/01/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inter	nação 24	4 - Regime	gime de Internação 25 - Q		otde. Diárias Solicitadas  1 26 - Pro		revisão de uso de OPME 27 -		Previsão de uso de Quimioterápico  N			
28 - Indicação Clínica DOR NO QUADRIL DIREIT													
29 - CID 10 Principal (opciona	i) 30 - CID 10	0(2) (opciona	al) 31	- CID 10(3) (opc	cional)	32 - CID 1	10(4) (opciona	al)   [	33 - Indic	acão de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
			,	.,,,,	,		,,,,					9	, ,
Procedimentos ou Itens As			necricão.								37	- Otdo Soli	c 38 - Otdo Aut
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30724058 2- 18 60000805 3-	o Procedimento	ARTR	IA DE G	STIA (QUALQI	LETIVO [	DE 2 LEI	TOS COM E	BANH	EIRO PI	RIVATIV	TA 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	0 - Qtde Diá	árias Auto	rizadas 41	- Tipo de /	Acomodaç	ão autorizada						
			1	1									
42 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	NPJ autorizado	11		spital / Local Aut RTOPEDIA E		LIZADA	LTDA						44 - Código CNES <b>6528104</b>
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/01/2024 / Empresa / Titular: COMPANHIA CACIQUE DE CAFE SOLUVEL  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização													



Unimed A

## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	nciada	4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atri	buído pela Operadora
343269		93720762		9	3720762	12/01/2024 14:15		93720762
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000042288692								
8 - Nome								
EDSON DE AGUIAR PI	HILOT							
Dados do Profissional Solic	itante							
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone		11	l - E-mail		
MAURICIO RODRIGUE	S MIYASAKI							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica DOR NO QUADRIL DIREIT DOR NO QUADRIL DIREIT								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	tado 19 - Qtde. Autoriza	da 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater			Autorização	de Funcionamento		
1- 00 74004379 CABECAS FEMORAIS DE CERA					1	_ _ _ ,	.  1	,
80044680330 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPED				iii-	_ _ _ _			
2- 00 00506605 CIMENTO OSSEO RADIOPACO SIMPLEX DOSE TOTA				•—•	2	_ _ _ ,	.  2	,
80005430445 ARTHROM COMERCIO DE IN								
3- 00 74327860 ACETABULO POLIETILENO CIMENT					2		.  2	,
80175510058			CIO DE IMPLANTESORTOPEDIC	,				
4- 00 74898680 COMPONENTE FEMORAL PARA QU					1		.  1	,
80044680261			CIO DE IMPLANTESORTOPEDIC	OSLTDA  _ _				
5- <b>00642339</b>	CO		OR PRESSURIZACAO 805002		1		.  1	,
80743230039			CIO DE IMPLANTESORTOPEDIC	,,	_ _ _ _			
6- <b>73302287 10417940039</b>	НА		01.00021 - RESTRITOR PARA CII CIO DE IMPLANTESORTOPEDIC		1	,	.  1	,
		AKTHROW COMERC	CIO DE IMPLANTESOR TOPEDIC		_	_ _ _ _		
24 - Especificação do Materia								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 12	/01/2024 / Empresa / Titular:	COMPANHIA CACIQUE DE CAFE S	SOLUVEL				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pi	rofissional Solicitante		28 - A	ssinatura do	Responsável pela Autorização		
				11-5				



Unimed A

# ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenc	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		93720762		93720762	12/01/2024 14:15	9372	20762
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000042288692							
8 - Nome							
<b>EDSON DE AGUIAR PH</b>	HILOT						
Dados do Profissional Solici	tante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	I - E-mail		
MAURICIO RODRIGUE	S MIYASAKI						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica	O / DV ADTDOOF						
DOR NO QUADRIL DIREIT DOR NO QUADRIL DIREIT							-
							İ
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M	Material 15 - I	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Auto	orizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate	rial no fabricante	23 - Nº Autorização			
7- <b>73983683</b>	ACE		IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8	1	,	_  1	_
80044680259			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _			
			TALICA ZIMMER - 00-8753-052-01 - CUPULA	_  <u>1</u>		_  1	_
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				,
9-	_ _ _				_	_	_
10-		IIIIII	-			 _	
					_		_'
11-							
							.
12-  _	_ _ _				_	_	_
	_ _ _				_	_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		01/2024 / Empresa / Titular	COMPANHIA CACIQUE DE CAFE SOLUVEL				
rololollo collinatado. (10/o	0.2 0000, 200 0 12,0	5 1/202 1 / 2p. 1000 / 1u.a					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
	H			П			