

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90869978

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS <b>343269</b>  | 3 - Núr              | mero da Guia Atr                | ibuído pela Opera  | adora  |  | 90869                      | 9978     |                                  |             |              |                                  |
|---|----------------------|---------------------------------|--------------------|--|--|----------------------------|----------|----------------------------------|-------------|--------------|----------------------------------|
|   | cão                  | 5 - Senha                       |                    | 6 - Data de Valid  | lade da Senha                                      | 7                          | 3370     |                                  |             |              |                                  |
| 4 - Data da Autorização<br>17/04/2023 10:42   |                      | 11                              | 90869978           |  | 6 - Data de Validade da Senha<br><b>16/06/2023</b> |                            |          |                                  |             |              |                                  |
| Dados do Benefici   | ário                 |                                 |                    |  |  |                            |          |                                  |             |              |                                  |
| 7 - Número da Carte   |                      |                                 | † †                | lidade da Carteira<br>7/2024   | 9  | - Atendimento              | de RN    |                                  |             |              |                                  |
| 0050000005607   |                      | N                               |                    |  |  |                            |          |                                  |             |              |                                  |
| 50 - Nome Social  |                      |                                 |                    |  |  |                            |          |                                  |             |              |                                  |
| 10 - Nome   | TTI JUNIO            | nr                              |                    |  |  |                            |          |                                  |             |              |                                  |
| ROGERIO VIZETTI JUNIOR  Dados do Contratado Solicitante   |                      |                                 |                    |  |  |                            |          |                                  |             |              |                                  |
| 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA |                      |                                 |                    |  |  |                            |          |                                  |             |              |                                  |
| 14 - Nome do Profis   |                      |                                 | RA MARTINS         |  | 15 - Con<br><b>06</b>                              | 15 - Conselho Profissional |          | 16 - Número do Conselho 22343    |             | 17 - UF      | 18 - Código CBO<br><b>225270</b> |
| Dados do Hospital   |                      |                                 |                    |  |  |                            |          |                                  |             | 1            |                                  |
| 19 - Código na Oper   |                      |                                 |                    | al / Local Solicitado  | <u> </u>   |                            |          |                                  | 21 - Data   | a sugerida p | ara Internação                   |
| 10.246.214/000  |                      | 11                              |                    | OPEDIA ESPE  |  | DA .                       |          |                                  |             | 2023 00:0    | -                                |
| 22 - Caráter do Atend   | limento 23           | 3 - Tipo de Interna<br><b>C</b> | ção   24 - Regim   | ne de Internação<br><b>1</b>   | 25 - Qtde. Diária                                  | S Solicitadas              | 26 - Pre | evisão de uso de OPN<br><b>S</b> | /IE    27 - | Previsão de  | uso de Quimioterápico  N         |
|   |                      |                                 |                    |  |  |                            |          |                                  |             |              |                                  |
| 29 - CID 10 Principa  | l (opcional)         | 30 - CID 10(2                   | ) (opcional) 3     | 31 - CID 10(3) (opc  | ional) 32 - CIE                                    | 10(4) (opcion              | al)      | 33 - Indicação de Ad             | cidente (a  | cidente ou d | loença relacionada)              |
| Procedimentos ou  | Itens Assis          | tenciais Solicita               | dos                |  |  |                            |          |                                  |             |              |                                  |
|   | Código do P<br>34045 | rocedimento                     |                    | IDROPLASTIA  | - ESTABILIZAC                                      | AO. RESSI                  | ECCA     | O E OU PLASTIA                   |             | - Qtde. Soli | c. 38 - Qtde. Aut.               |
|   | 34053                |                                 |                    | STEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E OU PLASTIA (E 1 1 ECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO - PR 1 1 |  |                            |          |                                  |             |              | 1                                |
| з- <b>98 080</b>  | 11981                |                                 |                    | SCOPIA DE TO   |  |                            |          |                                  | 1           |              | 1                                |
| 4- 18 600   | 00384                |                                 | DIARIA DE          | ACOMPANHAN   | ITE COM REFE                                       | ICAO COM                   | PLET/    | A                                | 1           |              | 1                                |
| 5- 18 600   | 00805                |                                 | DIARIA DE          | QUARTO COL   | ETIVO DE 2 LE                                      | ITOS COM                   | BANH     | EIRO PRIVATIV                    | 0 1         |              | 1                                |
| l   | 24151                |                                 | ALUGUELT           | AXA DE APAR  | ELHO / EQUIP                                       | MENTO PA                   | ARA A    | RTROSCOPIA P                     | AR 1        |              | 1                                |
| 7-  | -                    | _ _ _                           |                    |  |  |                            |          |                                  | -           | _            |                                  |
| 8-        <br>  9-  | -<br>                | _                               |                    |  |  |                            |          |                                  | -<br>       | _ll          | <br>                             |
|   | -<br>                |                                 |                    |  |  |                            |          |                                  | -<br>       | -11<br>      | <br>                             |
| 11-   | -<br>                | <br>                            |                    |  |  |                            |          |                                  | -<br>       | _  <br>      | <br>                             |
| 12-   | -<br>   -            | _                               |                    |  |  |                            |          |                                  | <br> _      | _  <br>_     | <br>  _                          |
| Dados da autoriza   | ção                  |                                 |                    |  |  |                            |          |                                  |             |              |                                  |
| 39 - Data provável c  |                      | hospitalar 40                   | - Qtde Diárias Aut | torizadas 41   | - Tipo de Acomoda                                  | ção autorizada             | а        |                                  |             |              |                                  |
| 42 - Código na Ope  | radora / CNF         | PJ autorizado                   | 43 - Nome do H     | ospital / Local Auto   | orizado  |                            |          |                                  |             |              | 44 - Código CNES                 |
| 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104  |                      |                                 |                    |  |  |                            |          |                                  |             |              |                                  |
|   | ido: (43)337         |                                 |                    |  |  |                            |          | RIA FARMACEUTIO                  |             |              | al cala Astaria                  |
| 46 - Data da Solicita   | içao                 | 47 - Assin                      | atura do Profissio | nai Solicitante   4  | 48 - Assinatura do                                 | beneficiario ou            | ı kespo  | ınsaveı   49 - Assi              | natura do   | kesponsáv    | el pela Autorização              |



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

Unimed A

| 1 - Registro ANS   | 3 - Número da Guia Referer | nciada  | 4 - Senha                            | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora |                              |                                |  |  |
|--|----------------------------|---|--------------------------------------|-------------------------|---|------------------------------|--------------------------------|--|--|
| 343269   |                            | 90869978                                      |                                      | 90869978                | 17/04/2023 10:42                            |                              | 90869978                       |  |  |
| Dados do Beneficiário  |                            |   |                                      |                         |   |                              |                                |  |  |
| 7 - Número da Carteira   |                            | 29 - Nome Social                              |                                      |                         |   |                              |                                |  |  |
| 0050000005607372   |                            |   |                                      |                         |   |                              |                                |  |  |
| 8 - Nome   |                            |   |                                      |                         |   |                              |                                |  |  |
| ROGERIO VIZETTI JUN  | IOR                        |   |                                      |                         |   |                              |                                |  |  |
| Dados do Profissional Solici   | ante                       |   |                                      |                         |   |                              |                                |  |  |
| 9 - Nome do profissional solicit   | ante                       |   | 10 - Telefone                        | 1                       | 1 - E-mail                                  |                              |                                |  |  |
| CESAR EDUARDO CAS  | STRO FERREIRA MAF          | RTINS   |                                      |                         |   |                              |                                |  |  |
| Dados da cirurgia  |                            |   |                                      |                         |   |                              |                                |  |  |
| 12 - Justificativa técnica<br>PEDIDO MÉDICO EM ANE;<br>PEDIDO MÉDICO EM ANE;   |                            | + 02 FAST LOCK + 01 AGUL                      | HA SCORPION: ARTHROM                 |                         |   |                              |                                |  |  |
| OPME Solicitadas   |                            |   |                                      |                         |   |                              |                                |  |  |
| 13 - Tabela 14 - Código do M   |                            | Descrição                                     | ial as fabricants                    |                         | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic     | citado 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitário Autorizado |  |  |
| 21 - Registro ANVISA do Mate<br>1- <b>00 00590045</b>  |                            | 22 - Referência do mater MINA PARA SHAVER SET |                                      | 23 - Nº Autorização     | I I I I I I                                 | _  1                         | _ _ ,                          |  |  |
| 80777280006  | EA                         |   | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA      |                         | י י   | _' '                         |                                |  |  |
| 2- <b>00 76221229</b>  | AN                         |   | ERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCO | DR     2                |   | _  2                         | _ _ ,                          |  |  |
| 10247700123  |                            | ARTHROM COMERC                                | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA      | .—.<br>                 |   | _ <b>.</b>                   |                                |  |  |
| 3- <b>00 00622494</b>  | GA                         | NCHO COMPRESSAO SU                            | TURA BIP 74201000                    | <u> </u>                | _ _ _ ,                                     | _  1                         | ,                              |  |  |
| 80356130057  |                            | ARTHROM COMERC                                | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA      |                         |   |                              |                                |  |  |
| 4-   _     _   |                            |   |                                      | _   _ -                 | _   _ _ , _                                 | _                            | ,                              |  |  |
|  | _ _ _                      | _ _ _ _ _                                     |                                      |                         | _ _ _ _                                     | _ _                          |                                |  |  |
| 5-   _   | -                          |   |                                      |                         | _   _ _ _ _ ,                               | _                            | ,                              |  |  |
|  | _ _ _                      | _ _ _ _                                       |                                      |                         | _ _ _ _                                     | _                            |                                |  |  |
| 6-             <br>  1   | -                          |   |                                      |                         | _   | _                            | _ _ , _                        |  |  |
| 24 - Especificação do Material   |                            | IIIIII  |                                      | I—I—I—I—I—I             |   |                              |                                |  |  |
| 24 - Especificação do Material   |                            |   |                                      |                         |   |                              |                                |  |  |
| 25 - Observação / Justificativa  |                            |   |                                      |                         |   |                              |                                |  |  |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/04/2023 / Empresa / Titular: SANDOZ DO BRASIL INDUSTRIA FARMACEUTICA LTDA |                            |   |                                      |                         |   |                              |                                |  |  |
|  |                            |   |                                      |                         |   |                              |                                |  |  |
|  |                            |   |                                      |                         |   |                              |                                |  |  |
|  |                            |   |                                      |                         |   |                              |                                |  |  |
| 26 - Data da Solicitação   | 27 - Assinatura do Pr      | rofissional Solicitante                       |                                      | 28 - Assinatura de      | o Responsável pela Autorização              |                              |                                |  |  |