

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90515056

(Via HOSPITAL)

343269   90515056     4 - Data da Autorização										
16/03/2023 17:20   90515056   15/05/2023     Dados do Beneficiário   8 - Validade da Carteira   9 - Atendimento de RN   N       50 - Nome Social     5/05/2023										
7 - Número da Carteira 050000005871347 8 - Validade da Carteira 04/04/2025 9 - Atendimento de RN N										
0050000005871347         04/04/2025         N           50 - Nome Social										
50 - Nome Social										
10 - Nome	50 - Nome Social									
NELSON FERREIRA DE QUEIROZ										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA										
	17 - UF   18 - Código CBO									
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação	··									
	sugerida para Internação									
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA										
22 - Caráter do Atendimento 1 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME S 27 - Previsão de uso de OPME	evisão de uso de Quimioterápico									
28 - Indicação Clínica COXOARTROSE QUADRIL COM DRO REFRATARIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITAÇÃO FUNÇÕ DO PACIENTE										
29 - CID 10 Principal (opcional)   30 - CID 10(2) (opcional)   31 - CID 10(3) (opcional)   32 - CID 10(4) (opcional)   33 - Indicação de Acidente (acide <b>M169</b>   9	-									
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados										
34 - Tabela   35 - Código do Procedimento   36 - Descrição   37 - O	Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.  1  2									
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admissão hospitalar 2 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1										
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado  UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA	44 - Código CNES 6528104									
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/03/2023 / Empresa / Titular: IVONE FONSECA DE QUEIROZ  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 <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada 90515056		4 - Senha 90515056			5 - Data da Autorização 16/03/2023 17:20	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90515056			
		90515056			90515056	10/03/2023 17.20		90515056		
Dados do Beneficiário         29 - Nome Social           0050000005871347         29 - Nome Social										
8 - Nome NELSON FERREIRA DE QUEIROZ										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone				11 - E-mail						
GUILHERME RUFINI ISOLANI										
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica COXOARTROSE QUADRIL COM DRO REFRATARIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITAÇÃO FUNÇÕ DO PACIENTE COXOARTROSE QUADRIL COM DRO REFRATARIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITAÇÃO FUNÇÕ DO PACIENTE										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autoriza	da 20 - Valor Unitário Autorizado		
1- 00 72208724			PARA SUBSTITUICAO TOTAL DI	E QUADRIL	<u> </u>	_ _ _ ,	_  1	,		
80044680220 ARTHROM COMERCIO DE IM		CIO DE IMPLANTESORTOPEDIC	OSLTDA							
2- 00 72466871 SISTEMA DE QUADRIL DUAL MO				<u> </u>		_  1	,			
80044680251 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 3- 00 72466723 SISTEMA DE QUADRIL DUAL MOBILITY - XL-200150: SUPORTE DUAL M				_ _ _      1						
3- <b>00 72466723 80044680251</b>	313		CIO DE IMPLANTESORTOPEDIC		'	-  -	_  1	- -		
4- 00 74004093	CAE		RAMICA ZIMMER - 00-8775-032-				1			
80044680330		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDIC	OSLTDA	.—. 		-•	1-1-1-1/1-1-1		
5- 00 74319035	COI	MPONENTE FEMORAL PA	ARA QUADRIL NAO CIMENTADO	ZIMMER -	1	_ _ _ ,	_  1	_ _ _ ,		
80175510040		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDIC	OSLTDA						
6-	-       -				_  	_	_	,		
24 - Especificação do Material										
, ,										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/03/2023 / Empresa / Titular: IVONE FONSECA DE QUEIROZ										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização				