

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92858686

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	a Atribuído pela (	Operadora							
1 - Registro ANS 343269 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92858686				58686						
4 - Data da Autorização	5 - Senha		11	/alidade da Senha						
16/10/2023 15	:45	92858	686	15/12/20	23					
Dados do Beneficiário		10	)	•	0. 1	L DN				
7 - Número da Carteira 0050000001146281		11	3 - Validade da Carte <b>01/05/2025</b>	eira	9 - Atendiment					
50 - Nome Social			71703/2023			•				
30 - Nome Social										
10 - Nome										
ALAIDE PEREIRA DO	NASCIMENT	го								
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	do Contratado  E ORTOPEDIA	ESDECIALIZA						
14 - Nome do Profissional So	dicitante	UNIOKI	EURIUPEDIA		onselho Profiss	ional	16 - Número do Co	nealha	17 - UF	18 - Código CBO
BRUNO BOSIO DA SII				06	onseino Fronss	ionai	32301	nisemo	41	225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dad	dos da Internaç	ão							
19 - Código na Operadora / C		,	lospital / Local Solici	tado				21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UNIORT E	RTOPEDIA ES	PECIALIZADA	LTDA			09/11/2	023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Int	ernação 24 - F	24 - Regime de Internação 25 - 0		Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pro		revisão de uso de OPME 27 - I		Previsão de uso de Quimioterápico	
1 28 - Indicação Clínica	С		1		1		S			N
29 - CID 10 Principal (opciona	al) 30 - CID	10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (	opcional) 32 -	CID 10(4) (opcid	onal)	33 - Indicação de A		cidente ou d	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Sol	icitados								
34 - Tabela 35 - Código d	lo Procedimento		-						- Qtde. Soli	
1- 22 30732026 2- 22 30717167			TO OSSEO FERENCIAS MU	SCIII ADES AC	NIVEL DO C	MBDO	- TDATAMENT	1		1
3- 22 30717027			PLASTIA ESCAI							1
4- 18 60000805		DIARIA	DE QUARTO C	OLETIVO DE 2	LEITOS CON	I BANH	IEIRO PRIVATIV	0 1		1
5-								l_		
Dados da autorização  39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	40 - Qtde Diária	s Autorizadas	41 - Tipo de Acom	ndacão autoriza	da				
33 - Data provaver da Admiss	oao nospilaiai		- 11	1 - Tipo de Acon	aayao dulunza	ua				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código na Operadora / CNPJ autorizado						44 - Código CNES <b>6528104</b>				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/10/2023 / Empresa / Titular: ALAIDE PEREIRA DO NASCIMENTO  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

· II	3 - Número da Guia Referer		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora
343269	92858686			92858686	16/10/2023 15:45	92858686
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social				•
0050000001146281						
8 - Nome						
ALAIDE PEREIRA DO I	NASCIMENTO					
Dados do Profissional Solici						
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	1 - E-mail	
BRUNO BOSIO DA SIL	VA					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica REVALIDACAO DA GUIA 9 REVALIDACAO DA GUIA 9						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	
1- 74885006	SIS		RSO COMPREHENSIVE - XL-115363 INSE	ı—-ı		_  1
80044680228	010		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1111111111111111	_ _ _ _	
2- 00934780	SIS		O COMPREHENSIVE PLACA BASE ESTEN			_  1
<b>80044680228</b> 3- <b>74884689</b>					_ _ _	
80044680228	313		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.—.	-	_  1
4- 74884867	SIS		RSO COMPREHENSIVE - 115313 GLENOS			1
80044680228	O.O.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
5- 00936391	SIS		COMPREHENSIVE BANDEJA UMERAL	1111111111111111		1
80044680228			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.—.		
6- <b>00 74885103</b>	SIS	TEMA DE OMBRO REVER	RSO COMPREHENSIVE - 115395 PARAFL	JSO  _  1		_  1   _ ,
80044680228		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 16/	10/2023 / Empresa / Titular:	ALAIDE PEREIRA DO NASCIMENTO			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Refere		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuíd	
343269		92858686		92858686	16/10/2023 15:45		92858686
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000001146281							
8 - Nome							
ALAIDE PEREIRA DO	NASCIMENTO						
Dados do Profissional Solid	citante						
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
BRUNO BOSIO DA SIL	-VA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica REVALIDACAO DA GUIA S REVALIDACAO DA GUIA S							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do 21 - Registro ANVISA do Mate		<ul> <li>Descrição</li> <li>22 - Referência do mater</li> </ul>	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
7- <b>00 72397888</b>			TOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G	2		_  2	_ _ , _
10243070062		ARTHROM COMER(	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	   _ _ _ _			
			DESCARTAVEL - 2831-050/ 39.44.04.00050 -	2	_ _ _ ,	_  2	_ _ , _
10417940137 ARTHROM COMERCIO DE			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _			
9- <b>00 74884506</b>	SIS	STEMA DE OMBRO REVER	RSO COMPREHENSIVE - 180557 PARAFUSO	4	,	_  4	_ _ , _
80044680228		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _		
10-  _					_   _ _ ,	_	_ _ , _
				_ _ _	_ _ _ _ _ _	_	
11-  _			<del> </del>		_	_ _	,
			-             -		_ _ _ _	_	
12-					_	_	,
04	<u> </u>			_		_ll 	
24 - Especificação do Materia	l						
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3	3372-0900 / Emitido em 16	/10/2023 / Empresa / Titular: /	ALAIDE PEREIRA DO NASCIMENTO				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do P	Profissional Solicitante		28 - Assinatura de	Responsável pela Autorização		
20 Data da Obilolação	Zi - Assinatura do F	Tonocional Concitante		20 - Assiliatula ut	7 Nooponsavoi pola Autonzação		