

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94638288

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Gui	a Atribuído	pela Opera	dora								
343269							9463	8288				
4 - Data da Autorização	6 - Data de Valida											
03/04/2024 18:15         94638288         07/06/2024           Dados do Beneficiário         07/06/2024												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
0491146028740004					N							
50 - Nome Social												
10 - Nome												
REGINA CELIA DE AL	.MEIDA											
Dados do Contratado Solid	citante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA												
14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBC											18 - Código CBO	
GUILHERME JOSE MI	Α		06		- 11	30165		41	225270			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação												
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 22/04/2024 00:00												
10.246.214/0001-04					22 5							
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de In	ternação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qi	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Prev	visão de uso de O <b>S</b>	PME    27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica GONARTROSE DE JOELHO DIREITO												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opci			ional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  9			
Procedimentos ou Itens As	sistenciais So	licitados										
34 - Tabela         35 - Código o           1- 22         30726034           2- 18         60000554           3-	do Procedimento	AR	ARIA DE	STIA TOTAL D	TO SIMI	PLES					7 - Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.  1 2
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	11		Acomodaç	ão autorizada	а				
2 12												
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 <b>6528104</b>		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED JUIZ DE FORA  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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 94638288 94638288 03/04/2024 18:15 94638288 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0491146028740004 8 - Nome **REGINA CELIA DE ALMEIDA** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica **GONARTROSE DE JOELHO DIREITO GONARTROSE DE JOELHO DIREITO** AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 1- 00 72397950 CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C 10243070064 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596 74904590 80044680272 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 74896717 COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C 80044680257 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 73991953 **COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52** 80044680277 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |\_\_|\_|,|\_\_| 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED JUIZ DE FORA 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização