

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93481615

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 93481615 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 12/12/2023 16:57 93481615 10/02/2024 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000001138521 25/04/2025 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome ADELIA CRISTINA FARAH BORGES DA SILVA Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho **ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ** 17905 225270 06 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 20/12/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico С 1 3 S Ν 28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1- 22 30726034 1 2- 18 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 3 3 4- |\_\_|\_| 6- <u>|</u> 11-12-|\_\_|\_ |\_\_|\_| Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 12 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/12/2023 / Empresa / Titular: SERVIO BORGES DA SILVA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



## RÔTESES E 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	1	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	· · ·
343269		93481615		93481615	12/12/2023 16:57		93481615
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000001138521							
8 - Nome ADELIA CRISTINA FARAH BORGES DA SILVA							
Dados do Profissional Solicitante  9 - Nome do profissional solicitante  10 - Telefone  11 - E-mail							
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ			10 - Telefone	'	ı - E-IIIali		
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica							
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO							
INDICAÇÃO CLÍNICA EM A	ANEXO						
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							
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater		16 - Opçao 17 - Qtde 23 - Nº Autorização		itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitario Autorizado
1- 00 74904590				<u> </u> 1	_ _ , _	_  1	_ ,
80044680272		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 00 72397950	CIM			2	_ _ _ ,	_  2	,
10243070064			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3- 74896717	СО			_        1		_  1	_ ,
80044680257 4- 73991953	co		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52	_ _ _      1		I 1	
80044680277	CO		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	'  -		_  '	_ ,
5-						1 1 1 1 1	_ _ ,
6-   _				_	_	_	,
	_ _ _				_ _ _ _	_	
24 - Especificação do Material							
25 Observação / Instificative							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/12/2023 / Empresa / Titular: SERVIO BORGES DA SILVA							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	raficeional Solicitanto		28 - Assingture de	Responsável pela Autorização		
20 - Data da Goliotação	ZI - Assiliatula do FI	Onssional Collollante		20 - Assiriatura uc	ncopolisavel pela Autolização		
İ	- 11			11			