

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91964763

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Gu	ia Atribuído	pela Opera	idora								
343269							91964	4763				
4 - Data da Autorização 24/07/2023 15	5 - Senh		1964763	6 - Data de Vali		enha 09/2023						
Dados do Beneficiário			1304703		24/0	1312023						
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira	1	9 -	Atendimento	de RN				
9750000014187470			31/12	2/2023			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome MARIA RAQUEL SANCHES FRANCO												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		11	Nome do C									
10.246.214/0001-04	P. Control	UN	IORTEO	RTOPEDIA E				11.	40. N/	0	1147 115	[40, 0′ E, 000
14 - Nome do Profissional Solicitante15 - Conselho Profissional16 - Número do Conselho17 - UF18 - CódigoALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ061790541225270								1 1				
Dados do Hospital / Local			-							11		
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIAL						ADA LT	DA			11	a sugerida p 2023 00:0	ara Internação 00
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Ir	nternação	24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qto	de. Diárias	Solicitadas	26 - Prev	risão de uso de O	PME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM	411EVO DEV									<u> </u>		
29 - CID 10 Principal (opcior	nal) 30 - CID	10(2) (opc	ional) 3	11 - CID 10(3) (opc	cional)	32 - CID	10(4) (opcion	al) 3	3 - Indicação de	Acidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
					·						9	
Procedimentos ou Itens A												
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30726034 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4-	do Procediment	AR Di	ARIA DE A	STIA TOTAL D ACOMPANHAI QUARTO COL	NTE COI	M REFEI	CAO COM	PLETA		CIR 1 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 3
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	orizadas 41	- Tipo de	Acomodac	ão autorizada	a				
	1		3	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 24/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARA NA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
1 40 - Dala da Solicitação	1147-7	าธรากสเนาล (มบ ฅเขเเรรเด	iai suicitante II	40 - ASSIN	iaiura do B	enenciario ol	ı kespon	saver 49 - A9	รอบเสเนเล do	responsav	ei peia Autorizacao 1



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 91964763	4 - Senha	91964763	5 - Data da Autorização 24/07/2023 15:35	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91964763					
		31904703		31304103	24/01/2023 13.33	3130470.					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
9750000014187470	•	23 - INUITIE SUCIAI									
8 - Nome											
MARIA RAQUEL SANCI	HES FRANCO										
Dados do Profissional Solicit	ante										
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail						
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ										
Dados da cirurgia			·								
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM AI INDICAÇAO CLINICA EM AI AUTORIZADO CONFORME	NEXO REVALIDAR GUIA										
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição	into a fabricanta			citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado					
21 - Registro ANVISA do Mater1- 00 72397950		22 - Referência do mater	TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	23 - Nº Autorização	l I I I I I	_ 2 _ _ , _					
10243070064	O.I.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		_					
2- 75999080	INS		LIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-595			1					
80044680258		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 							
3- 74907735	CO	MPONENTE TIBIAL META	LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02 CO	_ 1	,	_ 1 _ ,					
80044680276		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _							
4- 76362205	CO		PTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 C	1	,	_ 1					
80175510047		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
5-					_						
	_		-		_ _ _ _	!! 					
0-	-llll 										
24 - Especificação do Material	-			I—I—I—I—I—I							
24 Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa	70 0000 / Fr. 18 1	07/0000 /41/TCD:7450 000	UFORME LINIMED DE ORIGENA - / E / T''	LINIMED DO EST	ADO DO DADANA						
reletone Contratado: (43)33	72-0900 / Emitido em 24/	U7/2023 /AUTORIZADO CON	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titul	ar: UNIMED DO ESTA	ADO DO PARANA						
00. Data la Oallaita a	107 4 5			100 4	December 1 and 1 a						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	otissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização						