

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95652817

(Via HOSPITAL)

| " | Número da Guia | Atribuído | pela Opera | dora | | | | | | | | |
|--|-------------------|-----------------------|--|---|--|---|---|--------------|-----------------------|--|------------------------------------|---------------------------------|
| 343269 | | | | | | | 956528 | 17 | | | | |
| 4 - Data da Autorização 01/07/2024 13:35 5 - Senha 95652817 6 - Data de Validade da Senha 06/09/2024 | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | - 1 | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Ate 150000001442016 | | | | | | | Atendimento de N | RN | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | IN | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome FELICIO JORGE FILHO | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solid | itante | 1. | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 | | H | Nome do Co | ontratado RTOPEDIA I | ESDECIA | 117404 | LTDA | | | | | |
| | licitanto | UNI | OKIEU | RIOPEDIA | | | | 1 146 | Número do C | anaalha l | 17 - UF | 18 - Código CBO |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante MARCUS VINICIUS DANIELI | | | | | 11 | 15 - Conselho Profissional 16 - Número do 18734 | | | | onseino | 41 | 225270 |
| Dados do Hospital / Local S | | | | | | | | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para 22/07/2024 00:00 22/07/2024 00:00 22/07/2024 00:00 23/07/2024 00:00 24/07/2024 24/07/202 | | | | | | | | | | | | |
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | 23 - Tipo de Inte | ernação | 24 - Regime | e de Internação 1 | 25 - Qt | de. Diárias S 1 | Solicitadas 26 | 6 - Previsão | de uso de OP | ME 27 - F | revisão de u | uso de Quimioterápico |
| 28 - Indicação Clínica ARTROSE COM VARO EM | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (| | | (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) | | | 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação | | | ndicação de A | le Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 | | |
| Procedimentos ou Itens As | sistenciais Soli | citados | | | | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Código of | o Procedimento | OS ME OS DIA | NISCECT TEOCONI ARIA DE 1 UGUELTA | OMIA - UM M DROPLASTI APARTAMEI AXA DE APA | MENISCO A - ESTA NTO SIMF RELHO / | - PROCE BILIZACA PLES EQUIPAI | RATAMENT EDIMENTO V AO, RESSEC MENTO PAR | /IDEOAF | RTROSCOP OU PLASTI | 1 ICO 1 A# 1 | - Qtde. Soli | c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1 |
| Dados da autorização | | | | | | | | | | | | |
| 39 - Data provável da Admiss | são hospitalar | 40 - Qtde | Diárias Auto 1 | 11 | 1 - Tipo de | Acomodaç | ão autorizada | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado | | | • | | LIZADA | LTDA | 1 | | | 11 | 44 - Código CNES 6528104 | |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DE PARANAVAI COOPE RATIVA DE TRABALHO MEDICO | | | | | | | | | | | | |
| 46 - Data da Solicitação | II 47 - As | sinatura d | o Profission | al Solicitante | II 48 - Assir | natura do B | eneficiário ou R | esponsáv | el 49 - Ass | inatura do | Responsávo | el pela Autorização |



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

| · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | 3 - Número da Guia Referer | iciada | 4 - Senha | | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|---|--|---|---|--------------------------------|--|--|
| 343269 | | 95652817 | | 95652817 | 01/07/2024 13:35 | | 95652817 | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | | | | |
| 1500000001442016 | | | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | | | |
| FELICIO JORGE FILHO | | | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solicit | | | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicita | | | 10 - Telefone | 1 | 1 - E-mail | | | | |
| MARCUS VINICIUS DAI | NIELI | | | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica ARTROSE COM VARO EM ARTROSE COM VARO EM AUTORIZADO CONFORME | JOELHO DIREITO | | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do M | | Descrição | | | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | citado 19 - Qtde. Autorizada 2 | 20 - Valor Unitário Autorizado | | |
| 21 - Registro ANVISA do Mater 1- 00713074 | | 22 - Referência do mater | | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento | | | | |
| | | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | <u> </u> | _ | _ 5 | _ , | | |
| | | | ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9- | | | 1 | , | | |
| 81288540024 | | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | . <u></u> , _ _ _ _ | | —· | 111/11 | | |
| 3- 00 71992243 | OR | THOSS - ORTHOSS BLOC | CK BLOCO DE 1 CM X 1 CM X 2 CM | 3 | _ , | _ 3 | , | | |
| 80696930008 | | ARTHROM COMERO | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | | | |
| 4- 00 00589578 | PL | | CO PARA OSTEOTOMIA EM T CHAMBAR B | 1 | , | _ 1 | , | | |
| 10209780006 | | ARTHROM COMERO | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ | _ _ _ _ | | | | |
| 5- | | | | | _ | _ | _ _ , _ | | |
| | _ _ _ | | | | _ _ _ _ | _ _ | _ , | | |
| 6- <u> </u> | - | | | | | _ | - | | |
| 24 - Especificação do Material | | | | <u> </u> | | _ <u> </u> | | | |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa | 272 0000 / Emitido 04 | /07/2024 /AUTORIZADO CON | NEODME LINIMED DE ODICEM / Faces / Titul- | LINIMED DE DADA! | NAVALCOODEDATIVA DE TRAD | ALLIO MEDICO | | | |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DE PARANAVAI COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pr | ofissional Solicitante | | 28 - Assinatura de | o Responsável pela Autorização | | | | |