

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95218591

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	- Número da Gu	uia Atribuído	pela Opera	adora			95218	591				
4 - Data da Autorização	5 - Sen	ha		6 - Data de Vali	dade da S	enha						
22/05/2024 1	4:46	9	5218591		10/0	08/2024						
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira   9 - Atendimento de RN												
7 - Número da Carteira												
50 - Nome Social												
10 - Nome GUILHERME ALVES SIMOES												
Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Operadora  13 - Nome do Contratado												
10.246.214/0001-04												
14 - Nome do Profissional	Solicitante					15 - Conse	lho Profission	al 16	- Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OL						06		17	905		41	225270
Dados do Hospital / Loca 19 - Código na Operadora			-	al / Local Solicitad	lo					21 - Data	sugarida r	para Internação
10.246.214/0001-04	CINEJ	11		OPEDIA ESPE		ADA LTI	DA .			11	2024 00:0	-
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de I	nternação	24 - Regim	ne de Internação	25 - Qt	de. Diárias S	Solicitadas 2	26 - Previsã	io de uso de OP	ME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica	С			1		1			S			N
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 9  Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1- 22 30731046 CISTO SINOVIAL - TRATAMENTO CIRURGICO 1 1 1 2- 22 30710022 RETIRADA DE FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-O 1 1												
3- 18 60000809 4-	5 	DI		QUARTO COL						/0 1		
39 - Data provável da Adm	ssão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de	Acomodaçã	ão autorizada	7				
		]	1	1								
								44 - Código CNES <b>6528104</b>				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/05/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS												
46 - Data da Solicitação	47 -	Assinatura (	ao Protissio	nai Solicitante	48 - Assin	natura do Be	eneticiário ou	Kesponsá	vel     49 - Ass	sınatura do	Kesponsáv	ei pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		95218591		95218591	22/05/2024 14:46		95218591
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0320000071128859							
8 - Nome							
<b>GUILHERME ALVES S</b>	MOES						
Dados do Profissional Solic	itante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica CISTO SINOVIAL - TRATA CISTO SINOVIAL TRATAN AUTORIZADO CONFORMI	MENTO CIRURGICO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	0 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00157520 10405720001	EN		APATITA HAP-91 BIOCERAMICA 10-50 MES CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>                                   </u>	_   , 	_  1	,
2-	11111	AKTIIKOM COMEK	SIO DE IMI EANTEGORTOI EDICOGETDA			_	_ _ , _
	_   _ _ _					-ı ı—ı—ı—ı _ _	1
3-	_,, _ _ _ _					 _	_ ,
					_ _ _ _	_ _	
4-   _				_   _	_	_	_ ,
	_ _ _ _				_ _ _ _ _	_ _	
5-   _	-				_   - - - - - - -	_ _	_ ,
	_ _ _				_ _ _ _	_	
6-	_ _ _					_	_ ,
24 - Especificação do Material				I—I—I—I—I—		<u></u>	
27 Zopodinouguo do majorial							
25 - Observação / Justificativa		/05/2024 /ALITORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titula	or: LINIMED CLIDITIDA	SOCIEDADE COODEDATIVA DE	E MEDICOS	
releione Contratado: (43)3	312-0900 / Emitido em 22/	ruorzuz4 /AUTURIZADU CU	NY-OKINE UNIMED DE OKIGEM / EMPRESA / Htuk	ai. UNIIVIED CUKITIBA	. SOCIEDADE COUPERATIVA DI	I MEDICO2	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura de	Responsável pela Autorização		
•					•		