

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94059252

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núme	ero da Guia Atri	buído pela Opera	dora		9405	9252				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid	tada da Sanha	7	9232				
14/02/2024	11:17	5 - Senna	94059252	6 - Data de Valid	16/04/2024						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN				
1510000002835822						N					
50 - Nome Social											
10 - Nome CLEIDE DA COSTA	10 - Nome CLEIDE DA COSTA PEDROSO										
Dados do Contratado S	olicitante)									
	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA										
14 - Nome do Profissiona	Solicitan	ite			15 - Con	selho Profissio	onal	16 - Número do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE O	LIVEIR	A QUEIROZ	1		06			17905		41	225270
Dados do Hospital / Loc			•								
19 - Código na Operadora	A / CNPJ	11		al / Local Solicitad							ara Internação
10.246.214/0001-04					CIALIZADA L					2024 00:0	
22 - Caráter do Atendiment 1	23 -	Tipo de Interna	ção 24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde. Diária:	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OPM S	1E 27 -	Previsão de I	uso de Quimioterápico
29 - CID 10 Principal (opc	Assister		dos	1 - CID 10(3) (opc	cional) 32 - CIE	10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de Ac	cidente (a	cidente ou d 9	oença relacionada)
		cedimento		CTIA TOTAL D	F 1051 110 CO	M IMPL AND		DATAMENTO C		- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 3072603 2- 18 6000038					NTE COM REFE			TRATAMENTO C ∆	IR 1 1		1 1
3- 18 600008(4-)5							EIRO PRIVATIVO			3
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada											
39 - Data provavel da Adr	nissao no	ο ο ριταίατ 40 -	Qtde Diarias Aut	orizadas 41	- TIPO de Acomoda	yau autorizad	d				
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 14/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referer	ciada 94059252	4 - Senha	94059252	5 - Data da Autorização 14/02/2024 11:17	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94059252				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
1510000002835822										
8 - Nome										
CLEIDE DA COSTA PE										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	11 - E-mail					
ALEXANDRE DE OLIVI	IRA QUEIROZ									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A AUTORIZADO CONFORME	NEXO									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricante		le. Solicitada 18 - Valor Unitário Solico de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado				
1- 74896717		MPONENTE TIBIAL META	ALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C	1 ·	_ ,	_ 1 _ ,				
80044680257		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
2- 73991953	СО	MPONENTE FEMORAL O	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52	<u> _ </u> 1	,	_ 1 _ ,				
80044680277		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
3- 00 74904590	INS	ERTO ARTICULAR DE PO	OLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	_ 1	,	_ 1 _ ,				
80044680272		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
4- 00 72397950	CIM	IENTO OSSEO PARA ORT	TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2	,	_ 2 _ ,				
10243070064		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _					
5- _	_				_ _ _ ,	_				
	_ _ _					_ _				
6- _	_				_ _ _ , _	_				
	_ _ _					_ _				
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 14/	02/2024 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titulai	: UNIMED APUCARA	NA					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura c	lo Responsável pela Autorização					