

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94057370

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número	da Guia Atri	ibuído pela Opera	dora							
343269						9405	7370				
4 - Data da Autorização 14/02/2024	11	- Senha	94057370	6 - Data de Valida	ade da Senha 16/04/202	4					
Dados do Beneficiário			94057570		10/04/202	<u>*</u>					
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira		- Atendimento	de RN	\neg			
9750000011183880)					N					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
VINICIUS EDUARE	O RODRI	GUES CO	STA								
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C	ontratado RTOPEDIA ES	DECIAL IZAI)					
14 - Nome do Profission			UNIORIEC	K I OPEDIA ES		nselho Profissio	nal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE C			!		06	11 11			511001110	41	225270
Dados do Hospital / Lo	ocal Solicitad		-								
19 - Código na Operado 10.246.214/0001-04		11		al / Local Solicitado	11 17 ADA 1	TDA			1	a sugerida p 2024 00:0	ara Internação
22 - Caráter do Atendimer		oo de Interna		ie de Internação	25 - Qtde. Diári				Previsão de uso de Quimioterápico		
1		С	, as	1	3	1		S			N
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA	EM ANIEVO										
i i i i i i i i i i i i i i i i i i i	LIII / II IL/(O										
											•
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 relacionad 9			oença relacionada)
Procedimentos ou Iter	ns Assistenci	iais Solicita	dos								
34 - Tabela 35 - Cóo		dimento	36 - Descrição							- Qtde. Soli	
1- 22 307260 2- 18 600008								ΓRATAMENTO (IEIRO PRIVATIV			1 3
3-		_		QUARTO GOLL			DAN		L	_	<u>.</u> _ _ _
4- _	_ _ _	_							L	_	III
5-		-								_ _	
6- 7-		_lll l							- 	_	_
		-II -							- _	_ _	 _
9- _	_i_i_i_i_								i_	_	 _ _ _
10-		_							_	_ _	
11-		-								_ _	_ _ _
12-	ll	_							l_	_	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada											
			3	1	,	,					
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 14/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN											
A	, ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,								2	_ , _ 0	2 . 7 0
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante 114	8 - Assinatura d	Beneficiário o	ı Resno	onsável 40 - Ace	inatura do	Resnonsáv	el nela Autorização



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 94057370	4 - Senha 94057370			5 - Data da Autorização 14/02/2024 09:54	6 - Número da Guia atribuío	do pela Operadora 94057370		
Dados do Beneficiário		34037370			94031310	14/02/2024 09.34		34037370		
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 9750000011183880										
8 - Nome										
VINICIUS EDUARDO RODRIGUES COSTA										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone						11 - E-mail				
ALEXANDRE DE OLIVEIRA 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 mate	rial no fabricanto		16 - Opção 17 - Qtd	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
1- 74896717		MPONENTE TIBIAL META		MER - 00-5980-037-01 C			_ 1			
80044680257	44680257 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA									
2- 73991953					<u> </u>	,	_ 1	,		
80044680277										
3- 00 74904590 80044680272						_ ,	_ 1	,		
4- 00 72397950	CIM	ENTO OSSEO PARA OR			_ _ _ 2		2			
10243070064	Olivi		CIO DE IMPLANTESO		 		_ _			
5-							_			
				_ _ _		_ _ _				
6- _					_ _	_ _ _ , _	_	_ ,		
	_						_ _			
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização				