

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95616108

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - I	Número da Guia	Atribuído	pela Operad	dora									
343269							95616 ²	108					
4 - Data da Autorização 5 - Senha 9561610				6 - Data de Va		Senha 08/2024							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Car						9 -	Atendimento d	le RN					
1510000030073214				N									
50 - Nome Social													
10 - Nome LUIZ AUGUSTO PARR	A CINTRA												
Dados do Contratado Solic	tante												
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado													
UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA													
14 - Nome do Profissional Sol ALEXANDRE DE OLIV				15 - Conselho Profissional 16 - Número 17905			- Número do Co 905	Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270					
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação													
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida pa 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 17/07/2024 00:00										-			
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime de Internação 1		25 - Qt	25 - Qtde. Diárias Solicitadas		26 - Previsã	6 - Previsão de uso de OPMI S		E 27 - Previsão de uso de Quimioterápico		
28 - Indicação Clínica													
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)		0(2) (opcid	onal) 31	- CID 10(3) (o	opcional) 32 - CID 10(4) (opcional		33 -	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doenç 9			pença relacionada)		
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	citados											
34 - Tabela 35 - Código d	Procedimento	AR' DIA	RIA DE A	COMPANH	ANTE CO	M REFEI DE 2 LEI	CAO COMP TOS COM B	SANHEIR		CIR 1 1		38 - Qtde. Aut. 1 3	
Dados da autorização													
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto 3	orizadas 4		Acomodaç	ão autorizada						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado					ALIZADA	LTDA				- 11	44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/06/2024 /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													



2 - Nº Guia no Prestador

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed #

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 95616108 27/06/2024 10:28 95616108 95616108 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 1510000030073214 8 - Nome **LUIZ AUGUSTO PARRA CINTRA** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica DOR + DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO, SEM MELHORA COM TRAT. CLINICO. DOR DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO SEM MELHORA COM TRAT CLINICO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 74896466 COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-047-01 C 80044680257 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 74951955 PLATO TIBIAL DE POLIETILENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5960-30-12 C 80044680317 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 73990930 COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01 3- 00 80044680277 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4- 00 72397950 CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C 10243070064 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização