

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95026554

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - <b>343269</b>	Número da Guia	Atribuído	pela Opera	adora			95026	5554					
4 - Data da Autorização 07/05/2024 11:	5 - Senha		5026554	6 - Data de Vali		Senha 07/2024							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira			8 - Va	alidade da Carteira	a	9 -	Atendimento	de RN					
1510000030076590							N						
50 - Nome Social													
30 - Notifie Social													
10 - Nome ELISSON PAES PARENTE LUNA													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora		13 -	Nome do C	Contratado									
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E C	ORTOPEDIA E	SPECIA	ALIZADA	LTDA						
14 - Nome do Profissional So							elho Profissio	nal	16 - Núm	ero do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
CARLOS EDUARDO N	IOTOOKA					06 21679					41	225270	
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	dos da Int	ernação										
19 - Código na Operadora / C	NPJ			al / Local Solicitad							1		ara Internação
10.246.214/0001-04		UNIOR	Γ E ORT	OPEDIA ESPE	ECIALIZ	ADA LT	DA				08/05/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regim	ne de Internação	25 - Qt	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pre	evisão de u	so de OPN	ИЕ 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
2	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)  33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  9  Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34 - Tabela 35 - Código do Procedimento  1 - 22 3072095  FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COT 1 1  2 - 18 60000805  DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1  4 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -													
11-  _	_	I										_	
12-	_ _ _ _	<u> </u>									_		
Dados da autorização													
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut <b>1</b>	torizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	1					
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 07/05/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA													
46 - Data da Solicitação	47 - As	ssinatura c	lo Profission	nal Solicitante	48 - Assir	natura do B	Beneficiário ou	Respo	nsável	49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização





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

"	Número da Guia Referer	11	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		95026554		95026554	07/05/2024 11:17		95026554			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
1510000030076590										
8 - Nome										
ELISSON PAES PARENT	E LUNA									
Dados do Profissional Solicitar										
9 - Nome do profissional solicitan			10 - Telefone	1	1 - E-mail					
CARLOS EDUARDO MOT	OOKA									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica FRATURA E/OU LUXACOES FRATURA EOU LUXACOES AUTORIZADO CONFORME U	NIMED DE ORIGEM									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do Mat		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Material 1- <b>74894439</b>		22 - Referência do materi	al no fabricante - 131227118 - PARAFUSO LOCKING CORTI	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_  8	_ _ ,			
80044680244	Oio		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_1 0	-			
			- 131227214 - PARAFUSO SEM BLOQUEIO	2		2	,			
80044680244 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDI				    _ _		_				
3- <b>00 74895346</b>	SIS	TEMAS DE PLACAS DVR	- DVRAR0001A - PLACA DVR ANATOMICA	<u> _</u>   1	_ _ _ ,	_  1	_ _ , _			
80044680244		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _						
4-   _	_ _ _				_	_	_ _ , _			
	_ _ _				_ _ _ _	_				
<sup>5-</sup>	_ _ _				_	_	,			
			-             -		_ _ _ _	 	_ ,			
		111111				_I	-			
24 - Especificação do Material		IIIII		1-1-1-1-1-1			1			
2. Zopodnadyao ao matema										
25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/05/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização					