

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90330320

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ro da Guia	Atribuído	pela Opera	dora								
343269				90330320									
4 - Data da Autorização 5 - Senha 01/03/2023 13:46			90	90330320 6 - Data de Validade da 9			Senha /05/2023						
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira				- 11	idade da Cartei	ra	9 -	Atendimento					
9750000017129926 31/01/2023				/2023			N						
50 - Nome Social													
10 - Nome													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operador	·a		13 - 1	Nome do Co	ontratado								
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA													
14 - Nome do Profissiona ALEXANDRE DE C			ΟZ				† †			16 - Número do 0	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solicit	tado / Dado	os da Inte	ernação									
19 - Código na Operador		- 11			I / Local Solicita						21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04	,		JNIOR	FE ORTO	PEDIA ESP	PECIALIZ	ZADA LT	DA			07/03/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimen	to 23 -	Tipo de Inter C	rnação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - C	tde. Diárias 3	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de Ol	PME 27 - I	Previsão de ।	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA		·							· ·				
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2			0(2) (opci	(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relaciona 9			oença relacionada)	
Procedimentos ou Iten	s Assister	nciais Solic	itados				J L						
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307260 2- 18 600003 3- 18 600008 4-	34 84	 	AR DI <i>A</i>	ARIA DE A	ACOMPANHA	ANTE CO	DM REFEI	CAO COM	MPLETA I BANH	TRATAMENTO A HEIRO PRIVATI	CIR 1 3 VO 3	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 3 3
Dados da autorização													
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 3 41 - Tipo de Acomodação 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 6528104								44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justifi Telefone Contratado: A	(43)3372-												





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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuíd	
343269		90330320		90330320	01/03/2023 13:46		90330320
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
9750000017129926							
8 - Nome							
ARLINDO HERRERO							
Dados do Profissional Solid							
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM INDICAÇAO CLINICA EM AUTORIZADO CONFORM	ANEXO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mat		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 75999080 80044680258				·—-·	,	_ 1	_ _ , _
2- 74907263	co		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL' LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037			. 4	
80044680276	CO		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL			_ 1	,
3- 76362205	co		PTION SEM RESTRICAO - 00-5966-01			1	
80175510047	00		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL			_ '	
4- 00 72397950	CIM		OPEDIA G1A VISCOSIDADE STAND	1111111111111111		2	
10243070064			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL		1 1 1	_i -	1-1-1-171-1-1
5- _	_ _ _			_ _		_	_ _ , _
			 _ _ _ _ _ 	_	_ _ _ _ _	_ _	
6- _	_ _ _			_ _ _ .	_	_	_ _ , _
04	 						
24 - Especificação do Materia	l						
25 - Observação / Justificativa	a						
Telefone Contratado: (43)	3372-0900 / Emitido em 01/	03/2023 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empres	sa / Titular: UNIMED DO ESTAD	O DO PARANA		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	oficcional Calicitanto		20 Appingture d	o Bosponoával polo Autorização		
zo - data da Solicitação	21 - Assinatura do Pr	onssional Solicitante		28 - Assinatura di	o Responsável pela Autorização		