

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90590095

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90590095							0005				
	1	F. Conho	dada da Canha	7	0093						
4 - Data da Autorização 23/03/2023 10:27		11		6 - Data de Valid	22/05/2023						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN				
0050000040544985		N									
50 - Nome Social											
10 - Nome LUCIANO ROSA RO	oss										
Dados do Contratado S		е									
12 - Código na Operador 10.246.214/0001-04			13 - Nome do Co UNIORT E O		SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profissiona					15 - Con 06	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 23538			nselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo			da Internação					2000][]	220210
19 - Código na Operador			•	al / Local Solicitad	0			1	21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UN	IORT E ORTO	PEDIA ESPE	CIALIZADA L	ΓDA				2023 00:0	
22 - Caráter do Atendiment	0 23 -	Tipo de Internac	ção 24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPN S	E 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA		.,_			_						
29 - CID 10 Principal (opc	sional)	30 - CID 10(2)	((ancional) 3	1 - CID 10(3) (opc	sional) 32 - CII	0 10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de Ac	idente (a	cidente ou c	oenca relacionada)
120 0.12 10 1 miospa. (op.		00 0.2 10(2)	(openanal)	. 0.2 .0(0) (0)0	92 011	(.) (.)	,			9	
Procedimentos ou Itens 34 - Tabela 35 - Códi		enciais Solicitae ocedimento							07	0.1.0.1	c. 38 - Otde. Aut.
1- 22 307240 2- 18 600008 3-	58 05		ARTROPLAS	QUARTO COL	ETIVO DE 2 LE	ITOS COM	BANH		TA 1		1 2
Dados da autorização							_				
39 - Data provável da Ad	nissão h	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Aut	orizadas 41	- Tipo de Acomoda	içao autorizad	a				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado								44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/03/2023 / Empresa / Titular: SIN DOS SERVIDORES PUB E AUT MUN DE ARAPONGAS E SABAUDIA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



Unimed A

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

					1					
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ı	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		90590095		90590095	23/03/2023 10:27	90	0590095			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0050000040544985										
8 - Nome										
LUCIANO ROSA ROSS	i									
Dados do Profissional Solic	itante									
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail					
RAFAEL LEITE DE PIN	IHO TAVARES									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A							-			
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricante		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento					
•			ALICA ZIMMER - 00-8753-050-01 - CUP	•		_ 1				
80044680269										
2- 74003976 CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-028-02						_ 1				
0044680330 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				A _ _ _						
00 74326546 ACETABULO POLIETILENO CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-				5-30 2		_ 2				
80175510058				A						
4- 73987905				00-8 1		1	11			
80044680259				A						
5- 74898361	СО	MPONENTE FEMORAL PA	ARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 0)0-81 1		1				
80044680261		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	A						
6-						_	11			
						_,,, _ _				
24 - Especificação do Materia										
, ,										
25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/03/2023 / Empresa / Titular: SIN DOS SERVIDORES PUB E AUT MUN DE ARAPONGAS E SABAUDIA										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização					
					, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,					