

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93113949

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N	lúmero da Guia At	tribuído pela Opera	dora							
343269		, ,			93113	949				
4 - Data da Autorização	5 - Senha	02442040	6 - Data de Valid							
08/11/2023 16:	35	93113949		09/01/2024						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN										
1510000002835822					N					
50 - Nome Social										
10 - Nome										
CLEIDE DA COSTA PE	DROSO									
Dados do Contratado Solici	tante									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do C		SPECIALIZAD <i>A</i>	LTDA					
14 - Nome do Profissional Soli	icitante				elho Profission	al 16 -	Número do Cor	selho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLIVI	EIRA QUEIRO	Z		06	06 17905		905		41	225270
Dados do Hospital / Local S		-								
19 - Código na Operadora / Cl 10.246.214/0001-04	11	- Nome do Hospita NIORT E ORTO			DΔ		11		sugerida pa 023 00:0	ara Internação n
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Intern		e de Internação						Previsão de uso de Quimioterápico	
1	С		1	3			S			N
28 - Indicação Clínica DOR DEFORMIDADE EM	IOEI HO ESOLIE	EDDO SEM MELL			OSE					
29 - CID 10 Principal (opciona	30 - CID 10(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opci	onal) 32 - CID	10(4) (opciona	33 - 1	ndicação de Aci	dente (aci		oença relacionada)
Procedimentos ou Itens Ass	istenciais Solicit	ados								
34 - Tabela 35 - Código do	Procedimento	DIARIA DE A	ACOMPANHAN QUARTO COLI	E JOELHO COM ITE COM REFE ETIVO DE 2 LEI	CAO COMP	PLETA	O PRIVATIVO	R 1	Qtde. Solid	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 3
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissã	ão hospitalar 40	- Qtde Diárias Aut	orizadas 41 -	Tipo de Acomodaç	ção autorizada	7				
		3	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								44 - Código CNES 6528104		
UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/11/2023 /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										



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

4. Desires ANO	0. N/		[4, Q;].		5 - Data da Autorização	0 N/ 1. 0 1	(1				
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	1	4 - Senha	93113949		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93113949					
343269		93113949		93113949	08/11/2023 16:35		93113949				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
1510000002835822											
8 - Nome											
CLEIDE DA COSTA PE											
Dados do Profissional Solid											
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	1	1 - E-mail						
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ										
Dados da cirurgia											
	JOELHO ESQUERDO SEI	EM MELHORA COM TRAT (M MELHORA COM TRAT CL									
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante					16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento						
1- 00 74904590		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	<u> </u> 1 ¹	_ ,	_ 1	,					
80044680272				 _ _ _							
2- 00 72397950	CIM	ENTO OSSEO PARA ORT	TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2		_ 2					
10243070064											
3- 74896717	74896717 COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-0				_ _ _ ,	_ 1	_ _ _ ,				
80044680257		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
4- 73991953	COI	MPONENTE FEMORAL O	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52	<u> _ </u> 1	,	_ 1	,				
80044680277		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _						
5- _	_ _ _				_ _ _ , _	_	,				
					_ _ _ _ _	_ _					
6-	_ _ _				_ _ _ , _	_	,				
					_ _ _ _	_ _					
24 - Especificação do Materia											
25 - Observação / Justificativa		4.4/2020 /ALITORIZAE 2 2 2 2 2	NEODAE INNAED DE ODIOEN AE								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/11/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do Responsável pela Autorização							