

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92228319

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da G	uia Atribuído	pela Opera	idora			9222	8319				
4 - Data da Autorização	5 - Ser	nha		6 - Data de Vali	idade da S	Senha	- ULLE	0010				
16/08/2023	16:35	9	2228319		17/	10/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN <b>1830000001322678</b> N												
50 - Nome Social												
10 - Nome OSMAR PRADO DOS SANTOS												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora   13 - Nome do Contratado   10.246.214/0001-04   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA												
14 - Nome do Profissiona	Solicitante					15 - Conse	elho Profissio	nal	16 - Número do C	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
JOAO PAULO FERI	IANDES GUI	ERREIRO				06 28617			28617		41	225270
Dados do Hospital / Loc			•							1		
19 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	/ CNPJ	11	•	al / Local Solicitad <b>OPEDIA ESPE</b>		'ADA LT	DA			11	a sugerida p <b>2023 00:</b> 0	oara Internação
22 - Caráter do Atendiment	23 - Tipo de	<b>⅃</b> ҍ									27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
1	(			1		2			S			N
28 - Indicação Clínica REVALIDAÇÃO DA GUIA 91780853												
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			D							07	. 0.1. 0.1	
34 - Tabela       35 - Códig         1- 22       3072603         2- 18       6000038         3- 18       6000055         4-	4	AF DI	ARIA DE	STIA TOTAL I	NTE CO	M REFEI	CAO COM	PLETA			- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.  1  2
39 - Data provável da Adr	nissão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	- 11		Acomodaç	ão autorizada	а				
	1.5.15	<u> </u>	2	12								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  44 - Código C 6528104								44 - Código CNES <b>6528104</b>				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL DE CAMPO MOURAO												
46 - Data da Solicitação	47 -	Assinatura	do Profissio	nal Solicitante	48 - Assi	natura do B	eneficiário o	u Respon	sável 49 - As	sinatura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

· II	~ II				0000010	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92228319				
343269		92228319	92228319			16/08/2023 16:35					
Dados do Beneficiário		F==									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
183000001322678											
8 - Nome OSMAR PRADO DOS SA	ANTOS										
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone						11 - E-mail					
JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO											
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica REVALIDAÇÃO DA GUIA 9: REVALIDAÇÃO DA GUIA 9: AUTORIZADO CONFORME	1780853										
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do Ma 21 - Registro ANVISA do Materi		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado			
· ·			DPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C  _  2			,	_  2	,			
10243070064	243070064 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA										
2- <b>75999080</b>	75999080 INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-599				1	,	_  1	_ _ _ ,			
80044680258 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA											
3- 74907735 COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02 CO							_  1	,			
	80044680276 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA										
4- 76362205	COI		PTION SEM RESTRICAO - 00		1	,	_  1	_ ,			
80175510047		ARTHROW COWER	CIO DE IMPLANTESORTOPE	DICOSLIDA				_ , , , , , , , , ,			
5-	!!!!! 				 		_				
6-		IIIIII		——————————————————————————————————————			 _	,			
					,		_   	1-1-1-1/1-1-1			
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL DE CAMPO MOURAO											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização					