

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90835091

(Via HOSPITAL)

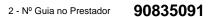
1 - Registro ANS 3 - N	Número da Guia	Atribuído p	ela Operad	dora			90835091				
4 - Data da Autorização 13/04/2023 12:	5 - Senha		835091	6 - Data de V		Senha <b>06/2023</b>		1			
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Vali	dade da Carte	eira	9 - Ate	ndimento de RN	I			
1510000029526260 31/12/2023							N				
50 - Nome Social											
10 - Nome SELMA LUCIA VECCHI ROSA											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissional Sol WALTER TAKI	icitante					15 - Conselho	Profissional	16 - Número do	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	dos da Inte	rnação								
19 - Código na Operadora / Cl 10.246.214/0001-04	NPJ		•	I / Local Solici		'ADA LTDA			11	a sugerida p 2023 00:0	ara Internação
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Int		iORT E ORTOPEDIA ESPECIAL zão 24 - Regime de Internação 25 -			tde. Diárias Soli	citadas 26 - P			- Previsão de uso de Quimioterápico	
1	С			1		1		S			
28 - Indicação Clínica DORES NO QUADRIL											
29 - CID 10 Principal (opcional	30 - CID	10(2) (opcio	nal) 31	- CID 10(3) (	opcional)	32 - CID 10(4	l) (opcional)	33 - Indicação de	Acidente (a	cidente ou d	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens Ass	sistenciais Sol	icitados									
34 - Tabela   35 - Código do 1 - 22   30724058   2 - 18   60000384   3 - 18   60000805   4 -	Procedimento	ART DIAI	RIA DE A	COMPANH QUARTO C	IANTE CO	M REFEICA DE 2 LEITO	O COMPLET	HEIRO PRIVAT	RATA 1 1	- Qtde. Sol	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
39 - Data provável da Admissa	ão hospitalar	40 - Qtde D	Diárias Auto	orizadas	41 - Tipo de	Acomodação	autorizada				
40 Código es On a la company	ND Louis	.   [40	1		1						44 Cádina CNEO
42 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	INPJ autorizado	11		spital / Local A		ALIZADA LI	ΓDA				44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 13/04/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM **GUIA VÁLIDA SOMENTE P/AS DESPESAS HOSPIT ALARES E ANESTESISTA DE PLANTAO. HONORÁRIOS MEDICOS POR CONTA DO CLIENTE. ** / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA											
46 - Data da Solicitação	47 - A:	ssinatura do	Profission	al Solicitante	48 - Assi	natura do Bene	ficiário ou Resp	onsável   49 - A	ssinatura do	Responsáv	el pela Autorização



# Unimed A

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referen	ciada 90835091	90835091			5 - Data da Autorização 13/04/2023 12:26	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 908:			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
1510000029526260										
8 - Nome										
<b>SELMA LUCIA VECCH</b>	IROSA									
Dados do Profissional Solic	itante									
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail										
WALTER TAKI										
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica QUADRIL DORES NO QUADRIL AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM **GUIA VÁLIDA SOMENTE P/AS DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA DE PLANTAO. HONORÁRIOS MEDICOS POR CONTA DO CLIENTE. ** AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM **GUIA VÁLIDA SOMENTE P/AS DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA DE PLANTAO. HONORÁRIOS MEDICOS POR CONTA DO CLIENTE. **										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do I	Material 15 -	Descrição		16 - Opc	ção 17 - Qtde	. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Auto	orizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate	erial	22 - Referência do mate	rial no fabricante	23 - N	I⁰ Autorização	de Funcionamento				
1- <b>19 74900994</b>	CUI	PULA ACETABULAR MET	ALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - C	UPULA	1	,	_  1	,		
80044680269		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	.TDA  _ _	_	_				
2- <b>19 74898957</b>	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-048-20 - CUPULA				1	_ _ _ ,	_  1	,		
80044680269		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	.TDA   _	_					
3- <b>00 71802398</b>	ACE	ETABULOS CIMENTADOS	ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAF	USO AC  _	1		_  1	_ ,		
80023450092		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	.TDA  _ _	_ _ _					
4- 19 73983683	ACE	TABULO POLIETILENO	IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMME	R - 00-8	1		_  1	1111111		
80044680259		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	.TDA			_ <b>.</b>			
5- <b>19 73996475</b>	HAS	STES FEMORAIS CIMENT	ADAS - 00-8114-002-10	1.1	 1	1 1 1 1 1	1	1111111		
80044680303		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	.TDA	I I I I I	1 1 1 1 1 1 1 1 1				
6- 00 72397888	CIM		TOPEDIA G1 VISCOSIDADE STAND		2		_  2	1111111		
10243070062			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSI		_ _		- <b>i</b> -	1111'111		
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 13/04/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM **GUIA VÁLIDA SOMENTE P/AS DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA DE PLANTAO. HONORÁRIOS MEDICOS PO										
R CONTA DO CLIENTE. ** / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA  26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização										
Zu - Data da Solicitação	Zr - Assinatura do Pro	unssional solicitante		28 -	· Assinatura do	nesponsavei pela Autorização				



## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	11	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		90835091		90835091	13/04/2023 12:26		90835091
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1510000029526260							
8 - Nome							
SELMA LUCIA VECCH	I ROSA						
Dados do Profissional Solid	itante						
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
WALTER TAKI							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica QUADRIL DORES NO QUADRIL AUTORIZADO CONFORM	E UNIMED DE ORIGEM **	GUIA VÁLIDA SOMENTE P//	AS DESPESAS HOSPITALARES E ANEST	ESISTA DE PLANTAO. HONO	DRÁRIOS MEDICOS POR CONTA	A DO CLIENTE. **	
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do l		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do materi		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
7- 19 00642339	СО		OR PRESSURIZACAO 805002			_  1	,
80743230039	010		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE	)A  _ _ _			
8- 00660108 SISTEMA LAVAGEM OSRON PULSI				_  1		_  1	_ _ _ ,
81207919001		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE	)A  _ _ _			
9-   _   _   _   _   _   _   _	_ _ _				_	_	,
		IIIIII		-             -		_	
						_	
   11-		IIIIII		-I		 -	_ ,
··		111111			_	-I	IIII'III
12-		IIIIII		-ı ı—ı—ı—ı—ıııı		_,, _	
	_ _ _				_		1-1-1-171-1-1
24 - Especificação do Materia						<u> </u>	
	372-0900 / Emitido em 13/		NFORME UNIMED DE ORIGEM **GUIA VÁ	ALIDA SOMENTE P/AS DESPE	ESAS HOSPITALARES E ANEST	ESISTA DE PLANTAO. H	ONORÁRIOS MEDICOS PO
R CONTA DO CLIENTE. **	, ⊑inpresa / Titular: UNIMI	ED APUCAKANA					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		