

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94364234

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Gui	ia Atribuído	pela Opera	adora								
343269							94364	234				
4 - Data da Autorização 11/03/2024 14	5 - Senh		4364234	6 - Data de Vali		Senha 05/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 1510000029593730 N												
50 - Nome Social												
10 - Nome SOLANGE PIEDADE DE OLIVEIRA MARQUES												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		- 11	Nome do C	ontratado ORTOPEDIA E	SDECIA	\ 	LTDA					
14 - Nome do Profissional So	licitante		IONI L C	NIOI LDIA L			elho Profission	al 16	- Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLIV		ROZ			- 11	06		11	905		41	225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Da	ados da Int	ternação									
19 - Código na Operadora / 0	NPJ	t		al / Local Solicitad		ADALT	D.A.			11		ara Internação
10.246.214/0001-04 22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de In			ne de Internação		de. Diárias		De Drovica	io de uso de OP	Щ	024 00:0	uso de Quimioterápico
1	C	iterriação	24 - Kegiii	1	25 - Q1	1	Solicitadas	20 - F164158	S	IVIL Z7 - F	Tevisão de	N
28 - Indicação Clínica REPARO OU SUTURA DE	E UM MENISC	O COND	ROPLAST	IA								
29 - CID 10 Principal (opcion	20. CID	10(2) (200	ional) [5	31 - CID 10(3) (opc	sional)	32 - CID (10(A) (opciona	I) 33	Indicação do /	cidanta (a	idanta au c	loença relacionada)
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (o			olonal)			32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação			maicação de F	9		
Procedimentos ou Itens As												
1- 22 30733065 2- 22 30733030 3- 98 08011081	do Procediment	RE CC PC	ONDROPL T ARTRO	U SUTURA DE ASTIA (COM F DSCOPIA DE J	REMOCA OELHO	AO DE C	ORPOS LIV E - ENF	'RES) - F	ROCEDIME	NTO 1 1	- Qtde. Soli	1 1 1
4- 18 60024151 5-		AL		AXA DE APAR						PAR 1 _		1
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada												
p. 2. 2. 3. da / lariilo		2.30	1	1	F- 00							
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				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/03/2024 /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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	iciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269	3 269			94364234		94364234	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1510000029593730							
8 - Nome							
SOLANGE PIEDADE D	E OLIVEIRA MARQUE	S					
Dados do Profissional Solici	tante						
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	11	- E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVI	IRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica REPARO OU SUTURA DE REPARO OU SUTURA DE AUTORIZADO CONFORME	UM MENISCO CONDRO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizad	
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00499293 80356130052	CA		AO OB F 2,9X5,5MM 892350000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ ,	_ 1	
2-		AKTIIKOM COMEK	OIO DE IIIII EARTEGORTOT EDIGOGETDA		_ 	_	
				_			
3- _				_	_		
					_	_ _	
4-	_ _ _			_	_		
	_ _ _			. -	_ _ _ _	_	
2-	-			_	_		
6-		IIIIII					
	 _						
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa	372 0000 / Emitido cm 11/	/03/2024 /ALITORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / T	Titular: LINIMED ADLICADA	NΛ		
releitile Contratado: (43)3	312-0900 / EIIIIIIIII EIN 11/	USIZUZ4 IAU I URIZADU CU	INI ONIME UMIMED DE ORIGEM / EMPRESA / I	ILLIAI. UNIIVIED APUCARA	INA		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		