

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92898864

(Via HOSPITAL)

"	Número da Guia	Atribuído	pela Opera	adora								
343269				11 -			928988	64				
4 - Data da Autorização 19/10/2023 11:	5 - Senha	92	2898864	6 - Data de Va		Senha 12/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			- 11	alidade da Cartei	ra	9 -	Atendimento de	RN				
097000007976164 28/02/2023 N												
50 - Nome Social												
10 - Nome ZEUMA BEATRIZ CABRAL GONCALVES												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		11	Nome do C									
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E	DRTOPEDIA	ESPECI							
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ						15 - Conselho Profissional 16 - Número do 17905			Número do C 905	11	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dade	os da Inte	ernação									
19 - Código na Operadora / C	- 11		•	tal / Local Solicita			.			11		ara Internação
10.246.214/0001-04						ZADA LTDA				25/10/2023 00:00 OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterá		
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	rnaçao	24 - Regin	ne de Internação 1	25 - Q	tde. Diárias	Solicitadas	o - Previsad	de uso de OP	ME 27 - Pro		N Quimioterapico
28 - Indicação Clínica DOR E DEFORMIDADE N	0 1051110 0 0		11004 40) TTO								
29 - CID 10 Principal (opciona	al) 30 - CID 1	0(2) (opci	onal)	31 - CID 10(3) (o	pcional)	32 - CID	10(4) (opcional)	33 -	Indicação de A	Acidente (acid		oença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	citados										
_	o Procedimento		Descrição		DE 105						Qtde. Solic	
1- 22 30726034 2- 18 60000384 3- 18 60000554		DIA	ARIA DE	ASTIA TOTAL ACOMPANHA APARTAMEI	ANTE CO	M REFEI		_	IAMENIO	CIR 1 3 3		1 3 3
4- _ _	_										_ _	_ _ _
5-	_											
											— — — —	
8- _	_									ii		III
9-	_										_ _	_ _ _
10-	_ 									l 	 	_
12-											 	 _ _
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Au 3	11	11 - Tipo de	Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / 0	NPJ autorizado	43 - 1	Nome do F	lospital / Local A	utorizado			1				44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104												
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/10/2023 / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
46 - Data da Solicitação	47 - As:	sınatura d	io Profissio	mai Solicitante	48 - Assi	natura do B	eneticiario ou R	esponsáv	ei 49 - Ass	inatura do R	esponsáve	ı pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operador	a				
343269		92898864		92898864	19/10/2023 11:30		92898864				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0970000007976164											
8 - Nome											
ZEUMA BEATRIZ CABRAL GONCALVES											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	11	- E-mail						
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A DOR E DEFORMIDADE NO		RA AO TTO									
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização		itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitár	io Autorizado				
1- 00 75999714			DLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 00-597	1		_ 1	ы г I				
80044680258		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.—. 							
2- 00 72397950	CIM	ENTO OSSEO PARA ORT	OPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2	_ _ _ ,	_ 2 _ _ _	.l,				
10243070064		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
3- 74895893	COI		LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-057-01 C	<u> </u> 1	_ _ _ ,	_ 1	,				
80044680257			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
4- 73993433	COI		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-02			_ 1	,				
80044680277		ARTHROW COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
	 				_	_	. ,				
6-		IIIIII				 -					
	 						1/11				
24 - Especificação do Materia	<u> </u>										
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/10/2023 / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização						
	II.			Ш			Ī				