

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94950999

(Via HOSPITAL)

1 " 11	- Número da Guia	Atribuído p	pela Oper	adora								
343269							9495	0999				
4 - Data da Autorização	5 - Senha			6 - Data de \								
30/04/2024 0	∂:15	94	950999		12/	07/2024						
Dados do Beneficiário			110.11									
7 - Número da Carteira 0320000077167260			8 - Va	alidade da Carte	eira	9-7	Atendimento N					
							IN .					
50 - Nome Social												
10 - Nome												
APARECIDA TEREZA	MANFIO DO	NASCIN	MENTO									
Dados do Contratado Sol	icitante											
12 - Código na Operadora		13 - N	Nome do C	Contratado								
10.246.214/0001-04		UNIC	ORT E	ORTOPEDIA	ESPECIA	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional S	olicitante					15 - Conse	lho Profissi	onal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLI	VEIRA QUEIR	ROZ			06				17905			225270
Dados do Hospital / Loca	Solicitado / Dao	dos da Inte	ernação									
19 - Código na Operadora /	11		•	tal / Local Solici						21 - Da	ta sugerida p	oara Internação
10.246.214/0001-04		UNIORT	RT E ORTOPEDIA ESPECIALI			LIZADA LTDA			0:		5/05/2024 00:00	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regir	ne de Internação	25 - Q	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OP	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
1	С			1		3			S			N
28 - Indicação Clínica ARTROPLASTIA TOTAL	DE 10ELLI0 00	OM IMPLA	NTEC									
29 - CID 10 Principal (opcio	nal) 30 - CID	10(2) (opcio	nal) II	31 - CID 10(3) ((oncional)	32 - CID 1	10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação do A	cidente (acidente ou d	doença relacionada)
29 - CID TO FIIIICIPAI (OPCIO	iai) 30 - CID	10(2) (Opcic	orial)	31 - CID 10(3) (орскопак	32 - 610	10(4) (opcioi	iiai)	33 - Illulcação de A	ciuerite (a	9	ioeriça relacionada)
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Soli	icitados				1						
	do Procedimento		Descrição)						3	7 - Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30726034		AR	TROPLA	ASTIA TOTAI	L DE JOE	LHO COM	IMPLAN	TES - T	RATAMENTO C	IR 1		1
2- 18 60000384				ACOMPANE						1		1
3- 18 60000805		DIA	RIA DE	QUARTO C	OLETIVO	DE 2 LEI1	ros com	BANH	EIRO PRIVATIV	O 3		3
4-		-! 								- 	 	
6- _	_ _ _ _									i		 _
7- _		i								i		 _
8-	_ _ _ _									l	_ _ _	
9- _	_ _ _ _	J								l-	_ _ _	
10- _	_ _ _ _	!									_ _ _	
11-										¦-		
Dados da autorização 39 - Data provável da Admis	seão hospitalar	40 - Qtde [Diárias Διι	torizadas II	41 - Tipo de	Acomodaçã	ão autorizad	la l				
35 Bata provaver da Admis	sao nospitalal	40 Qide i	3	- 11	1	Acomodaçã	ao autorizac	.α				
42 - Código na Operadora	CNPJ autorizado	1 43 - N	Nome do H	Hospital / Local	Autorizado							44 - Código CNES
10.246.214/0001-04		11		ORTOPEDIA		ALIZADA	LTDA					6528104
45 - Observação / Justificativa												
Telefone Contratado: (43 COOPERATIVA DE MEI	3)3372-0900 / En	nitido em 3	30/04/202	24 /AUTORIZA	DO CONF	ORME UNI	MED DE C	RIGEM	/ Empresa / Ti	tular: UN	IIMED CUR	ITIBA SOCIEDADE
COOPERATIVA DE MEI	71003											
									1,			
46 Doto do Coligitação	11.47 ^.	animatura -l	o Drofio-:-	nal Caliaitants	11 40 1	noturo de D	anafiaiári	Door -	^ 11 lovèen	inatura -1.	Doopon- fr	ral pala Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 94950999	4 - Senha	94950999	5 - Data da Autorização 30/04/2024 09:15	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94950999				
Dados do Beneficiário		0.00000								
7 - Número da Carteira 0320000077167260		29 - Nome Social								
8 - Nome APARECIDA TEREZA N	ANFIO DO NASCIME	NTO								
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	1	11 - E-mail					
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica ARTROPLASTIA TOTAL DE ARTROPLASTIA TOTAL DE AUTORIZADO CONFORME	JOELHO COM IMPLANT									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mater		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricanto		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solio de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado				
1- 00 73991953			PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014	•		_ 1				
80044680277		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI	DA _ _ _						
2- 00 72397950 CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C			RD C _ 2	_ _ _ , _	_ 2 _ _ , _					
10243070064			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI							
3- 74896717	COI		ALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-03			_ 1 _ _ , _				
80044680257	INIO		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI							
4- 74904590 80044680272	INS		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - (CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI		_ , ,	_ 1				
5-		AKTHKOW COWER	CIO DE IMPLANTESON TOPEDICOSETE	/A _ _ _						
	- 	111111								
6-	-,,,,,,, -			<u></u>						
				_	_ _ _ _					
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	72-0900 / Emitido em 30/	04/2024 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empre	esa / Titular: UNIMED CURITIE	A SOCIEDADE COOPERATIVA I	DE MEDICOS				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização					