

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94650962

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da 0	 Guia Atribuído r	pela Operadora								
343269				9465	0962					
4 - Data da Autorização 04/04/2024 15:26		650962 6 - Data	a de Validade da Se <b>04/0</b>	enha <b>6/2024</b>						
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		8 - Validade da	Carteira	9 - Atendimento	de RN					
1510000030480634				N N						
50 - Nome Social										
10 - Nome MATHEUS AUGUSTO BONFIM BOTA										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora	11	Nome do Contratado								
10.246.214/0001-04	UNIC	ORT E ORTOPE			. 11.0 11.	" 145 45 140 045 000				
14 - Nome do Profissional Solicitante  ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ			† †	15 - Conselho Profissio <b>06</b>	16 - Número do C 17905	onselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270				
Dados do Hospital / Local Solicitado /		-								
19 - Código na Operadora / CNPJ   20 - Nome do Hospital / Local Solicitado   21 - Data sugerida para Internaç   10.246.214/0001-04   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA   10/04/2024 00:00										
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de 1	Internação	24 - Regime de Inter	nação 25 - Qto	le. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OP	ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico				
28 - Indicação Clínica					<u> </u>					
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - C	29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (o		0(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcion	nal) 33 - Indicação de A	Acidente (acidente ou doença relacionada)  9				
Procedimentos ou Itens Assistenciais	Solicitados									
34 - Tabela 35 - Código do Procedime 1- 22 30733065 2- 22 30733073 4- 22 30731216 5- 18 60000805 6- 18 60024151 7-	REF OST REC TRA DIA	TEOCONDROPL CONSTRUCAO, ANSPOSICAO D RIA DE QUART JGUELTAXA DE	ASTIA - ESTAE RETENCIONAN E MAIS DE 1 TE O COLETIVO DE APARELHO / I	BILIZACAO, RESS MENTO OU REFOR ENDAO - TRATAM DE 2 LEITOS COM	MENTO VIDEOARTRO ECCAO E/OU PLASTI RCO DO LIGAMENTO ENTO CIRURGICO BANHEIRO PRIVATIV ARA ARTROSCOPIA I	A# 2 2 CR 1 1 1 1 /O 1 1				
39 - Data provável da Admissão hospitala	40 - Qtde [	Diárias Autorizadas	41 - Tipo de A	Acomodação autorizad	а					
		1	1	,						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local UNIORT E ORTOPEDIA				LIZADA LTDA		44 - Código CNES <b>6528104</b>				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/04/2024 / 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										



## 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

	3 - Número da Guia Referenciada	I - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269	94650962		94650962	04/04/2024 15:26		94650962
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
1510000030480634						
8 - Nome						
MATHEUS AUGUSTO	BONFIM BOTA					
Dados do Profissional Solici	tante					
9 - Nome do profissional solici	ante	10 - Telefone	11	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVI	EIRA QUEIROZ					
Dados da cirurgia						
	ELHO ESQUEDO - REVALIDAR A 94090103 LHO ESQUEDO REVALIDAR A 94090103					
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00499293		AO OB F 2,9X5,5MM 892350000		_ _ _ ,	_  3	,
80356130052 2- <b>00</b> 70627657		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA	_ _ _ _  	_		
2- <b>00</b> 70627657 10208610040		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  1		_  1	_ ,
3- <b>00 00116700</b>		IPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			I 1	_ _ ,
80743230025		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-  '	- -
4- 00 00597007		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			I 1	_ _ ,
80044680085		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1 .	ı—ı—ı—ı,ı—ı—ı
5-						_ _ ,
					_, _,, _ _	
6-   _				_	_	_ _ , _
				_ _ _	_ _	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 04/04/2024 / Empresa / Titular:	UNIMED APUCARANA				
(10)	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
-				·		