

89931853

(Via HOSPITAL)



_|/|__|_|/|_

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 89931853 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 24/01/2023 10:42 89931853 31/03/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 1830000001138095 01/01/2024 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde **SOLANGE BARCELLOS LOEFFLER** Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO **ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ** 06 17905 41 225270 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida pata Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 27/01/2023 00:00 23 - Tipo de Internação 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 22 - Caráter de Atendimento 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 2 S Ν 1 1 1 28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO 29-CID10 Principal (opcional) 30-CID10(2) (opcional) 31-CID10(3) (opcional) 32-CID10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 34 - Tabela 36 - Descrição ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1- 22 30726034 1 2- 18 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 12-Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 1 12 _|_|/|__| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 24/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIO NAL DE CAMPO MOURÃO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



89931853

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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora
343269	89931853		89931853		24/01/2023 10:42	89931853
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira 8 - Nome						
183000001138095 SOLANGE BARCELLOS LOEFFLER						
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	11	1 - E-mail	
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do Iti	em 15 - I	Descrição		16 - Oncão 17 - (Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do materi		Descrição	22 - Referência do material no fal			23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 76394115	SIS	TEMA DE JOELHO UNI	KNEE OXFORD CIMENTADO - 154721 COMPO	I I 1	1 1 1 1 1.1	111 111111
80044680227			CIO DE IMPLANTESORT	 	11171·	
2- 76394476	SIS		KNEE OXFORD CIMENTADO - 159540 INSERT	 	 	
80044680227	0.0		CIO DE IMPLANTESORT	'		
	CIC					
3- 19 76394123	313		KNEE OXFORD CIMENTADO - 166942 COMPO	1		'
80044680227			CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>			
4- 00 72397950	CIM		RTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD CO) 2	,	_ _ 2 ,
10243070064		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		l ₋	_ _ _ _
5-				_	_ _ _ ,	
6- - - - - - - - - -						
	_			_ _ _ _	<u> _ _ _ _ </u>	
24 - Especificação do material						
25 - Observações / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 24/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIO NAL DE CAMPO MOURAO						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	issional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	
	_					