

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95766640

(Via HOSPITAL)

1 "	Número da Guia	Atribuído	pela Opera	dora									
343269							95766	640					
4 - Data da Autorização 10/07/2024 18:09 5 - Senha 95766			766640	6 - Data de Va		Senha 09/2024							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira			11	idade da Cartei	ra	9 -	Atendimento d	le RN					
0050000037146150			01/10	/2024			N						
50 - Nome Social													
10 - Nome VERA LUCIA DE OLIVEIRA													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado													
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E O	RTOPEDIA	ESPECIA								
1	14 - Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO					15 - Conselho Profissional 16 - Número do 28617			- Número do Co 617	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	los da Inte	ernação										
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida 20.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 29/07/2024 00:0													
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação	pação 24 - Regime de Internação			11			26 - Previsão de uso de OPME		11		
1 28 - Indicação Clínica	С			1		2			S			N	
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)		10(2) (opci	opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9				
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	citados											
34 - Tabela 35 - Código d	o Procedimento	AR DI <i>A</i>	ARIA DE A	STIA TOTAL COMPANHA QUARTO CO	ANTE CO	M REFEI DE 2 LEI	CAO COMP TOS COM B	PLETA	O PRIVATIV	CIR 1 2	- Qtde. Soli	2 2	
Dados da autorização													
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto 2	orizadas 4		Acomodaç	ão autorizada						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Loc UNIORT E ORTOPED				11					44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/07/2024 / Empresa / Titular: ASSOC PARANAENSE DE ADMINISTRADORES ESCOLARES APADE SUB SEDE LO NDRINA 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

· 11	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		05700040	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269	95766640		9576664			10/07/2024 18:09	95766640			
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		20. Nama Casial								
0050000037146150	ll de la company de la comp									
8 - Nome VERA LUCIA DE OLIVE	IRA									
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone		11 - E-mail					
JOAO PAULO FERNAN										
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica ARTROSE GRAVE DE JOEI ARTROSE GRAVE DE JOEI										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mater		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada	a 20 - Valor Unitário Autorizado		
1- 00 72397950		ENTO OSSEO PARA OR	OPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C 1			_ _ _ ,	_ 1	,		
10243070064	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICO			EDICOSLTDA						
2- 73991953					1	,	_ 1	,		
80044680277	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA									
3- 74904590					<u> </u>		_ 1	,		
80044680272			CIO DE IMPLANTESORTOPE		_ _ _ _					
4- 74896717	COI		LICO PRECOAT ZIMMER - 0			,	_ 1	,		
80044680257		ARTHROW COWER	CIO DE IMPLANTESORTOPE	EDICOSLIDA						
5-	- 				-	_	_	-		
6-	- 	IIIIII	-	 			 -	,		
*		111111			 		-1	III''III		
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/07/2024 / Empresa / Titular: ASSOC PARANAENSE DE ADMINISTRADORES ESCOLARES APADE SUB SEDE LONDRINA										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				