

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91525285

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela Opera	adora									
3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91525285						85						
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid									
13/06/2023 17	:35	91525285		12/08/2023								
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
7 - Número da Carteira 0050000003831780		† †	ilidade da Carteira 3/2024	9-	N	KIN						
50 - Nome Social												
50 - Northe Social												
10 - Nome												
TOSIO KAWANO												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do C		SPECIALIZAD <i>A</i>	LITOA							
14 - Nome do Profissional So	licitanto	UNIORTEC	OKTOPEDIA ES			16 - Número do C	oncolho I	17 - UF	18 - Código CBO			
ALEXANDRE DE OLIV		ΟZ		06			11	41	225270			
Dados do Hospital / Local 3												
19 - Código na Operadora / C		20 - Nome do Hospit	al / Local Solicitado)			21 - Data s	ugerida pa	ara Internação			
10.246.214/0001-04	l	JNIORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA LT	DA		15/06/20	23 00:0	0			
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inter	rnação 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26	- Previsão de uso de OP	ME 27 - Pre	evisão de u	so de Quimioterápico			
1 28 - Indicação Clínica	С		1	3		S			N			
29 - CID 10 Principal (opciona	30 - CID 10	O(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opci	ional) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	Acidente (acid	ente ou d	oença relacionada)			
Procedimentos ou Itens As		itados										
34 - Tabela 35 - Código of	I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	DIARIA DE	STIA TOTAL DI ACOMPANHAN QUARTO COLI	ITE COM REFE ETIVO DE 2 LEI	CAO COMPL TOS COM BA	NHEIRO PRIVATIN	CIR 1 3		2. 38 - Qtde. Aut. 1 3 3			
12-	_							_ _				
Dados da autorização [39 - Data provável da Admissão hospitalar] 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada												
39 - Data provaver da Admiss	sao nospitalal	3	1 1	Tipo de Acomoda	,ao autorizada							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104								44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 13/06/2023 / Empresa / Titular: EMILY YOKO KAVANO 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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 91525285	4 - Senha	91525285	5 - Data da Autorização 13/06/2023 17:35	6 - Número da Guia atribuído	pela Operadora 91525285
	31020200		31020200	10/00/2020 17:00		01020200
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
	29 - Nome Social					
0050000003831780						
8 - Nome						
TOSIO KAWANO						
Dados do Profissional Solici						
9 - Nome do profissional solicit		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVE	EIRA QUEIROZ					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica						
INDICAÇÃO CLINICA EM A						
INDICAÇÃO CLINICA EM A	NEXO					
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do N	laterial 15 - Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20	<u></u>
21 - Registro ANVISA do Mate		rial no fabricante	23 - Nº Autorização			
1- 00 75999080	INSERTO ARTICULAR DE PO	OLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-595	_ 1	,	_ 1	_ _ , _
80044680258	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _		
2- 00 72397950	CIMENTO OSSEO PARA OR	TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2	,	_ 2	_ _ , _
10243070064	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _		
3- 74907263	COMPONENTE TIBIAL META	ALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-01 CO	_ 1	,	_ 1	_ ,
80044680276	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _		
4- 76362205	COMPONENTE FEMORAL O	PTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 C	_ 1	,	_ 1	_ _ , _
80175510047	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _		
5- _				_ _ _ ,	_	_ ,
	_ _ _ _	_ _ _ _		_ _ _ _ _	_ _	
6- _				_ _ _ , _	_	,
	_ _ _			_ _ _ _	_ _	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 13/06/2023 / Empresa / Titular:	EMILY YOKO KAVANO				
00 0 1 0 11 11 7			7/20 4	D (1 1 1 1 1 1 7		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
	ll .		II .			