

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94263314

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela O	peradora									
343269			,			9426	3314					
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de V									
01/03/2024 16	:37	942633	14	05/0	5/2024							
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		18	- Validade da Carte	eira		Atendimento	de RN					
1510000002878947			vandado da Odrito	Sil u		N	uo mi					
50 - Nome Social												
10 - Nome												
DIONEA CONCEICAO	LEUGI											
Dados do Contratado Solid	citante	12 Nome	do Contratado									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	do Contratado E ORTOPEDIA	ESPECIA	LIZADA	LTDA						
14 - Nome do Profissional So	licitante					elho Profissio	nal	16 - Número	o do Cons	elho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLIV		oz		11	06			17905			41	225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dado	os da Internaçã	io									
19 - Código na Operadora / C	11		ospital / Local Solicit						2	1 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UNIORT E O	RTOPEDIA ESI	PECIALIZA	ADA LT	DA					024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	rnação 24 - R	egime de Internação	25 - Qto		Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso	de OPME	27 - P	revisão de u	uso de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica	С		1		3			S				N
29 - CID 10 Principal (opcion:	al) 30 - CID 1:	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (c	opcional)	32 - CID	10(4) (opcion	nal)	33 - Indicaçã	o de Acid	ente (ac	idente ou d	oença relacionada)
		- () (-)				- () () [9	,
Procedimentos ou Itens As 34 - Tabela 35 - Código d		citados 36 - Descr									- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30726034 2- 18 60000384 3- 18 60000554 4-		ARTROF DIARIA I DIARIA I	PLASTIA TOTAL DE ACOMPANH DE APARTAME	IANTE COI	M REFEI	CAO COM	PLETA	A				1 1 3
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	10 - Qtde Diárias	Autorizadas	41 - Tipo de /	Acomodac	ão autorizada	a					
p. 2 . 2 . 3 . da / ta/moc			11	12								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado												
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/03/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / 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												





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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		11	6 - Número da Guia atribu					
343269		94263314		94263314	01/03/2024 16:37		94263314				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
1510000002878947											
8 - Nome											
DIONEA CONCEICAO LEUGI											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail						
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica ATROSE DE JOELHO DIR ATROSE DE JOELHO DIR AUTORIZADO CONFORMI	EITO										
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição	ial no fabricanto		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento						
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 1- 00 74906119 COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047				=	I I I I I I	_ 1					
80044680276				, <u> </u>		-ı ·	I—I—I—I"—I—I				
2- 00 74902318	INS		LIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-59)6 1		_ 1					
80044680272							1-1-1-171-1-1				
- 00 73990930 COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01				<u> </u> 1	_ _ ,	_ 1	_ _ , _				
80044680277		ARTHROM COMERO	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _	_ _ _						
4- 00 72397950	CIM	ENTO OSSEO PARA ORT	OPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD (2	,	_ 2	_ _ , _				
10243070064		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
5-	_ _ _			_	_	_ _	,				
	_ _ _		_ _ _ _		_ _ _ _ _	_					
6-	_ _ _			_	_	_	,				
24 - Especificação do Material		<u> </u>		IIIII		<u> </u>					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/03/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	Responsável pela Autorização						
				11							