

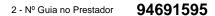
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94691595

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	Número da Guia	a Atribuído	pela Opera	dora			94691	1505					
4 - Data da Autorização	5 - Senha	a	1	6 - Data de Valid	dade da S	enha	3403	1333					
08/04/2024 17:06 9469159			1691595		07/0	6/2024							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira		9 - /	Atendimento	de RN					
0050000005358577													
50 - Nome Social													
10 - Nome NEUSA MARIA MAZZARO AKAISHI													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora		11	Nome do Co		SDECIA	1 17 4 D 4	LTDA						
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				- 11	06		- 11	17905	,011001110	41	225270		
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Da	dos da Inte	ernação										
19 - Código na Operadora / 0	CNPJ			al / Local Solicitad						11		para Internação	
10.246.214/0001-04						LIZADA LTDA				15/04/2024 00:00			
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Int	ternação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qto	de. Diárias :	Solicitadas	26 - Previ	isão de uso de OF	PME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica ARTROPLASTIA TOTAL I			NITES										
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)													
											9		
Procedimentos ou Itens As	ssistenciais Sol	36 - AR DIA	RIA DE A	STIA TOTAL D ACOMPANHAI QUARTO COL	NTE CO	M REFEI	CAO COM	PLETA		CIR 1 3	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 3 3	
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de /	Acomodaç	ão autorizada	a					
			3	1									
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								-					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/04/2024 / 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													
46 - Data da Solicitação	47 - A	ssinatura d	 Profission 	nai Solicitante	48 - Assin	atura do B	eneficiário ou	ı Respons	savel 49 - As:	sınatura do	Responsáv	el pela Autorização	



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

Unimed A

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 94691595	4 - Senha	5 - Data da Autorização 08/04/2024 17:06	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 946				
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000005358577									
8 - Nome									
NEUSA MARIA MAZZAI	RO AKAISHI								
Dados do Profissional Solicit	ante								
9 - Nome do profissional solicita	ante		10 - Telefone	11	- E-mail				
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica ARTROPLASTIA TOTAL DE ARTROPLASTIA TOTAL DE									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição	51 61		. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mater74906119		22 - Referência do mater	ILICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1	_ ,		
80044680276	001		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	' 		_ '			
2- 74902318	INS		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596			I 1	_ _ ,		
80044680272			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. <u></u>		— '	1		
3- 00 73990930	COI	MPONENTE FEMORAL OI	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01			_ 1	,		
80044680277		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
4- 00 72397950	CIM	IENTO OSSEO PARA ORT	TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2	_ _ _ , _	_ 2	,		
10243070064		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
5- _					_	_	_,		
	_				_				
6- _	-				_	_ _	,		
	_ _ _								
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/04/2024 / Empresa / Titular: ASSOC PARANAENSE DE ADMINISTRADORES ESCOLARES APADE SUB SEDE LONDRINA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				
	II.			- 11					