

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91315803

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91315803											
4 - Data da Autorização 24/05/2023	11	- Senha	9131580	6 - Data de Va		enha 7/2023							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira			8 -	Validade da Carteir	a	9 - Ate	ndimento de RN						
1510000030021559							N						
50 - Nome Social													
10 - Nome DIRCEU SIMPLICIO													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operador			1	13 - Nome do Contratado									
10.246.214/0001-04			UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA										
14 - Nome do Profissiona						15 - Conselho	Profissional	16 - Número do Conselho		17 - UF	18 - Código CBO		
ALEXANDRE DE O							06		17905		225270		
Dados do Hospital / Lo				spital / Local Solicita	do			1	21 Doto	cugorido p	ara Internação		
10.246.214/0001-04		UN	NORT E OF	RTOPEDIA ESP	ECIALIZA				30/05/2	023 00:0	0		
22 - Caráter do Atendimen	0 23 - Ti	23 - Tipo de Internaç C		24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1		Previsão de uso de OPME 27 - F		Previsão de uso de Quimioterápico N			
29 - CID 10 Principal (ope	cional) 3	0 - CID 10(2	?) (opcional)	31 - CID 10(3) (op	ocional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de A		idente ou c 9	oença relacionada)		
Procedimentos ou Itens													
34 - Tabela 35 - Códi 1- 22 307260 2- 18 600008 3-		- _ - _ - - - -		LASTIA TOTAL E QUARTO CO	LETIVO C	DE 2 LEITO	S COM BANH	FRATAMENTO C	IR 1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1		
39 - Data provável da Ad	missão hosp	oitalar 40	- Qtde Diárias	Autorizadas 4	1 - Tipo de /	Acomodação	autorizada						
			1	1									
	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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/05/2023 /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													



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			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		91315803			91315803	24/05/2023 17:29		91315803		
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
1510000030021559										
8 - Nome DIRCEU SIMPLICIO										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone		11 - E-mail					
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ										
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A AUTORIZADO CONFORME	NEXO									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante	1	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- 74907735 COMPONENTE TIBIAL METALICO				986-037-02 CO	_ 1	_ _ ,	_ 1	_ _ _ ,		
80044680276	0044680276 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_ _ _ _					
2- 76362205 COMPONENTE FEMORAL OPTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 C					_ 1	,	_ 1	,		
30175510047 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA										
00 75999080 INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-595 0044680258 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					_		_ 1	,		
80044680258	0114									
4- 00 72397950 10243070064	CIIV		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE CIO DE IMPLANTESORTOPEI		_ 2	_	_ 2	,		
5-		ARTINOM COMER	SIO DE IMI EANTEGORTOI EL	JIOOGETDA I			_			
		111111					-ı ı—ı—ı—ı 	1111'111		
6-	 			 			 _	,		
	_			_ _		_ _ _ _	_ _			
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização				