

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93987931

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	11										
4 - Data da Autorização	5 - Senha	dade da Senha	7								
06/02/2024 11:22		o coma	93987931		09/04/2024						
Dados do Beneficiário						_					
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN				
1510000002712321		N									
50 - Nome Social											
10 - Nome DALVA ELAINE TABORDA WOSIACK											
Dados do Contratado Se	olicitante										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissional	Solicitante	e			15 - Cor	selho Profissio	onal	16 - Número do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OL	IVEIRA	QUEIROZ			06	06		17905		41	225270
Dados do Hospital / Loc			•								
19 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	/ CNPJ	11		al / Local Solicitad		ΓDA			1	a sugerida p 2024 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimento 1	ii '		ção 24 - Regim	24 - Regime de Internação 1		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 3		revisão de uso de OPME 27 -		- Previsão de uso de Quimioterápico N	
29 - CID 10 Principal (opci	onal)	30 - CID 10(2)) (opcional) 3	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CII	0 10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de Ad	cidente (a	cidente ou c	loenca relacionada)
					, l	. , , , ,		,		9	, ,
Procedimentos ou Itens 34 - Tabela 35 - Códig									37	- Otda Sali	c. 38 - Otde. Aut.
1- 22 3072603		eamento			E JOELHO CO	M IMPLAN	ΓES - T	RATAMENTO C		- Qide. Soii	1
2- 18 6000038	4		DIARIA DE A	ACOMPANHAN	NTE COM REFI	ICAO CON	IPLET/	A	1		1
3- 18 6000080 4-			DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2 LE	ITOS COM	BANH	EIRO PRIVATIV	0 3 _ _ _ _ _ _		3
Dados da autorização	iooão -	pritaler 40	Otdo Diárias A 1	torizodea	Tipo do Assert	noão outeries l					
39 - Data provável da Adm			Qtde Diárias Aut	1	- Tipo de Acomoda	içao autorizad	a				
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									44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/02/2024 /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											



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer		4 - Senha		5 - Data da Autorização	o pela Operadora				
343269		93987931		93987931	06/02/2024 11:22		93987931			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
1510000002712321										
8 - Nome										
DALVA ELAINE TABO										
Dados do Profissional Solid										
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	1	1 - E-mail					
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM / INDICAÇAO CLINICA EM / AUTORIZADO CONFORM	ANEXO									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição			16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado					
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização 01 I I 1	de Funcionamento					
1- 00 73990930 COMPONENTE FEMORAL OPTION 80044680277 ARTHROM COMERCIO DE			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	.—.		_ 1	_ ,			
	CIN					2				
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD.			_ 2	_ _ _ ,			
3- 74906119	co		LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01			1 1				
80044680276	CO		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD.			_ 1	,			
4- 74902318	INS		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00			I 1				
80044680272	1140		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD		1 - 1 1 1 1 1	_ '				
5-		/IIIIIIIII GOIIIEII		··			_ _ ,			
			<u> </u>			_,,, _				
6-				_	_ _ ,	_	,			
	_ _ _		_ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _				
24 - Especificação do Materia	I									
25 - Observação / Justificativa	1									
		/02/2024 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa	/ Titular: UNIMED APUCARA	ANA					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização					