

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93823521

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	a Atribuído	pela Opera	dora								
343269							938235	521				
4 - Data da Autorização 22/01/2024 18:	5 - Senha		3823521	6 - Data de V		Senha 03/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira												
	1170000001797814 N											
50 - Nome Social												
10 - Nome  JOSE REZENDE BONFANTE												
Dados do Contratado Solic	itante											
12 - Código na Operadora		- 11	Nome do Co									
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E O	RTOPEDIA	ESPECIA							
14 - Nome do Profissional Solicitante  ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ						15 - Cons <b>06</b>	elho Profissiona	11	Número do Co 905	- 11	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local S		dos da Int	ernação									
19 - Código na Operadora / CNPJ   20 - Nome do Hospital / Local Solicitado   21 - Data sugerida para Internação   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA   25/01/2024 00:00									-			
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regim	e de Internação	25 - Q	tde. Diárias	Solicitadas 2	6 - Previsão	de uso de OPI	ME 27 - Pr		so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica	L											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcion		onal) 3	nal) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33 -		3 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			pença relacionada)	
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Sol	icitados										
1- 22 30726034 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4-	o Procedimento	AR DIA	ARIA DE A	ACOMPANH QUARTO C	IANTE CO	M REFEI DE 2 LEI	I IMPLANTE CAO COMP TOS COM B	LETA ANHEIR	O PRIVATIV	CIR 1 1	Qtde. Solid	38 - Qtde. Aut.  1  3
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto 3	11	41 - Tipo de <b>1</b>	Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Loca UNIORT E ORTOPEDI					ALIZADA	LTDA				- 11	44 - Código CNES <b>6528104</b>	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COO PERATIVA DE TRABALHO MEDICO												
46 - Data da Solicitação	47 - A	ssinatura c	lo Profission	nal Solicitante	48 - Assi	natura do F	eneficiário ou F	Responsáv	el 49 - Ass	inatura do R	esponsáve	l pela Autorização



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

Unimed A	
Londrina	

· 11	3 - Número da Guia Referer	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		93823521		93823521	22/01/2024 18:02	93823521		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
1170000001797814								
8 - Nome								
JOSE REZENDE BONF	ANTE							
Dados do Profissional Solici	ante							
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone					- E-mail			
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA 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		Descrição				itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
<ul><li>21 - Registro ANVISA do Mate</li><li>1- 00 74904590</li></ul>		22 - Referência do mater	rial no fabricante DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1		
80044680272	1143		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1		
2- <b>00 72397950</b>	CIN		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	_  2		_  2     _ ,		
10243070064		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.—.      -				
3- <b>74896717</b>	СО	MPONENTE TIBIAL META	LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C	<u> _ </u> 1	_ _ _ ,	_  1		
80044680257		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
4- 73991953	СО		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52	<u>  </u> 1	_ _ _ ,	_  1		
80044680277		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
5-					_			
	-		-		_ _ _ _	!! _!		
0-1 _	<del>     </del>				_	_		
24 - Especificação do Material								
•								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			