

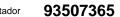
## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93507365

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da G	uia Atribuído	o pela Opera	adora			93507	365				
4 - Data da Autorização	5 - Sen	ha		6 - Data de Val	lidade da S	Senha	93307	303				
14/12/2023	i i		3507365	Data do var		02/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN												
097000009766604 N												
50 - Nome Social												
10 - Nome NEURACY CALEGARI AQUARONI												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		11	Nome do C		SPECIA	NI 17ADA	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 OI		IROZ				06	3110 1 101100101	- 11	7905	Ondonio	41	225270
Dados do Hospital / Loc	al Solicitado / D	ados da In	ternação					[			1	
19 - Código na Operadora	/ CNPJ	11	•	al / Local Solicitad						21 - Data	sugerida p	para Internação
10.246.214/0001-04		11	T E ORT	OPEDIA ESPI	ECIALIZ	ADA LTI	DA			20/12/2	2023 00:0	10
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de		24 - Regim	ne de Internação <b>1</b>	25 - Q1	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Previsá	ão de uso de OP	ME 27 - I	revisão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA E	MANEYO											
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		9		
Procedimentos ou Itens												
34 - Tabela   35 - Códig   1- 22   3072603   2- 18   6000035   3- 18   6000055   4-	4	AF DI	ARIA DE	STIA TOTAL I ACOMPANHA APARTAMEN	NTE CO	M REFEI	CAO COMF	PLETA			- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut.  1 3 3
39 - Data provável da Adn	nissão hospitalar	40 - Qtde	e Diárias Aut	torizadas 41	I - Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	7				
	•		3	12		,						
							44 - Código CNES <b>6528104</b>					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO  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 -	Assinatura	ao Protissio	nal Solicitante	48 - Assii	natura do B	eneticiário ou	Kesponsá	vel   49 - Ass	sınatura do	kesponsáv	el pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269		93507365		14/12/2023 15:32	93507365						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0970000009766604											
8 - Nome											
NEURACY CALEGARI AQUARONI											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	1 - E-mail						
ALEXANDRE DE OLIVI	EIRA QUEIROZ										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A	NEXO										
INDICAÇÃO CLINICA EM A	NEXO										
AUTORIZADO CONFORMI	E UNIMED DE ORIGEM										
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado				
1- 74896717						_  1					
80044680257											
2- 73991953 COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52					_ _ _ ,	_  1	_ _ , _				
80044680277			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _						
3- <b>00 72397950</b>	CIM		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD	•—•		_  2	_ _ , _				
10243070064		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
4-   _      _ _	_					-l					
5-	 	IIIIII			-	- <del>  </del> 					
	_    _ _ _ _						1-1-1-1-1/1-1-1				
6-   _					_	_	_ _ , _				
						_ _					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO											
( )											
OC. Data da Callata A	07 April 2 2	effectional Callate et a		00 4	- Decrease final male A 4 2 2 2 7						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	oiissionai Soiicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização						