

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93481563

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Gi	uia Atribuído	pela Opera	adora			93481	563				
4 - Data da Autorização	5 - Sen	ha		6 - Data de Vali	dade da S	Senha	33401	303				
12/12/2023	16:53	9	3481563		13/0	02/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
50 - Nome Social	9750000017131866 N											
SU - NOTHE SUCIAL												
10 - Nome MARIA DE LOURDES SOTORIVA												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	Nome do C	ontratado ORTOPEDIA E	SDECIA	11 17 A D A	LTDA					
14 - Nome do Profissional	Solicitante	ON	IONTEC	KIOFEDIAE			elho Profission	nal 16	6 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ					- 11	06 17905				Onioonio	41	225270
Dados do Hospital / Loc	al Solicitado / D	ados da In	ternação									
19 - Código na Operadora	/ CNPJ	11		al / Local Solicitad						11		oara Internação
	10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIA									20/12/2023 00:00		
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de l	1	24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qt	de. Diárias :	Solicitadas	26 - Previs	ão de uso de OP	ME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA E	M ANEXO											
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	o do Procedimen 4 4	to 36	ARIA DE	STIA TOTAL E ACOMPANHAI QUARTO COL	NTE CO	M REFEI	CAO COM	PLETA		CIR 1	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 3
39 - Data provável da Adm	issão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizada					
			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								44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN A 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 -	verillating (uu riuiiSSi0l	nai ouiicitante	+o - ASSII	iaiura do B	enenciario ou	ntesponsa	ave: 49-ASS	กาลเนาส 00	nesponsav	cı pela Autonzação



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	02404562	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		93481563		93481563	12/12/2023 16:53		93481563			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira	•	29 - Nome Social								
9750000017131866										
8 - Nome										
MARIA DE LOURDES S										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1	1 - 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 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicide Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado			
1- 00 74904590			DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	I I 1		1				
80044680272			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. <u></u> ,						
2- 00 72397950 CIMENTO OSSEO PARA ORTOPED			TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	<u> </u> 2	_ _ _ ,	_ 2	,			
10243070064 ARTHROM COMERCIO DE IMPLAI			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
3- 74896717 COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECO			LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C	1	,	_ 1	_ _ _ ,			
80044680257		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
4- 73991953	CO		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52	1	,	_ 1	,			
80044680277		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _	_ _ _ _					
5- _	-				_ _ _ _ _ ,	_	,			
	_				_!_ _ _ _	_ _				
6-	_				_	_	,			
	_			-	_ _ _ _					
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	oficeianal Calicitanta		20 Assissatives de	o Responsável pela Autorização					
20 - Dala da Sulicitação	21 - ASSINALUIA 00 Pr	unasiunai sunutante		Zo - Assinatura do	ncəpunsavei pela Autunzaça0					