

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92240615

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído	pela Operad	lora								
343269			· ·				92240	615				
4 - Data da Autorização 17/08/2023 15:20 5 - Senha 92240615 6 - Data de				6 - Data de V		Senha 10/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN												
9750000014184896 31/12/2022				12022			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome DIVINA MUNIZ HIRATA												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		- 11	Nome do Co		505501							
	10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA									[
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ						15 - Conselho Profissional 16 - Número do 17905			- Número do Co 905	onseino	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S		los da Inte	ernação									
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 23/08/2023 00:00												
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte			de Internação				26 - Previsã			7 - Previsão de uso de Quimioterápico	
1	С			1		3			S			N
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM	ANEXO											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcion			onal) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID	32 - CID 10(4) (opcional) 3		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacion 9			oença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	citados										
1- 22 30726034 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4-	o Procedimento	AR' DIA	RIA DE A	COMPANH QUARTO CO	IANTE CO	M REFE	CAO COMP	PLETA BANHEIR		CIR 1 3	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 3 3
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	äo hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto 3	11	41 - Tipo de 1	Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04					ALIZAD <i>A</i>	LTDA				11	44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/08/2023 /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												



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	6 - Número da Guia atribuído	' '			
343269		92240615		92240615	17/08/2023 15:20		92240615			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
9750000014184896										
8 - Nome										
DIVINA MUNIZ HIRATA	4									
Dados do Profissional Solid	citante									
9 - Nome do profissional solic	itante		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 Material 22 - Referência do material no fat			23 - Nº Autorização - 90-595	de Funcionamento	. 1				
1- 00 75999080 INSERTO ARTICULAR DE POLIETIL 80044680258 ARTHROM COMERCIO DE			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	·•	_ 	_ 1	_ ,			
2- 00 72397950 CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STA				111		2	_ ,			
10243070064						-ı -	I—I—I—IIIII—I—I			
- 74907735 COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02				111		1				
80044680276		ARTHROM COMER(O DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	 TDA _ _ _ _			1-1-1-1/1-1-1			
4- 76362205	СО	MPONENTE FEMORAL OF	PTION SEM RESTRICAO - 00-5966-01	14-02 C 1	,	_ 1	_ _ ,			
80175510047		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	TDA _ _ _						
5- _ _					_	_	_ _ , _			
			.		_ _ _ _ _ _	_ _				
6- _					_	_ _	_ ,			
			-			_				
24 - Especificação do Materia	l									
25 - Observação / Justificativa										
		08/2023 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empr	esa / Titular: UNIMED DO ESTA	DO DO PARANA					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	roficeional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização					
20 - Data da Sulicitação	21 - Assinatura do Pr	UIISSIUIIAI SUIIUITAITIE		Zo - Assinatura di	o izespolisavel pela Autolização					