

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93114130

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93114130								
4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha								
08/11/2023 16:42     93114130     09/01/2024       Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN								
1510000001624763 N								
50 - Nome Social								
10 - Nome VALDEREZ SIQUEIRA JUSTUS								
Dados do Contratado Solicitante								
12 - Código na Operadora   13 - Nome do Contratado   10.246.214/0001-04   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								
	- Código CBO							
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ   06   17905   41   22	5270							
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação								
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Ir 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 29/11/2023 00:00	nternação							
10.246.214/0001-04   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA   29/11/2023 00:00   22 - Caráter do Atendimento   23 - Tipo de Internação   24 - Regime de Internação   25 - Otde. Diárias Solicitadas   26 - Previsão de uso de OPME   27 - Previsão de uso de OPME   27 - Previsão de uso de OPME   27 - Previsão de uso de OPME   28 - Previsão de uso de OPME   29/11/2023 00:00   29/11/2023   29/11/2	o Ouimiotoránico							
1 C 1 23 - Regime de internação C 1 S S N 28 - Indicação Clínica	e Quimioterapico							
DOR DEFORMIDADE EM JOELHO ESQUERDO SEM MELHORA COM TRAT CLINICO ARTROSE								
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 doenç	a relacionada)							
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados								
1- 22 30726034 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1 2- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 3- 18 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 3 4-	38 - Qtde. Aut.  1  1  3							
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar   40 - Qtde Diárias Autorizadas   41 - Tipo de Acomodação autorizada								
3 - Data provavei da Admissao nospitalar 40 - Qide Dianas Autorizadas 12 12								
	Código CNES							
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/11/2023 /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								



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

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referer		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuí	
343269		93114130		93114130	08/11/2023 16:42		93114130
Dados do Beneficiário		[					
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1510000001624763							
8 - Nome							
VALDEREZ SIQUEIRA	JUSTUS						
Dados do Profissional Solici							
9 - Nome do profissional solicitante		10 - Telefone	1	1 - E-mail			
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia							
	JOELHO ESQUERDO SE	EM MELHORA COM TRAT C M MELHORA COM TRAT CL					
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fahricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- <b>74904590</b>			DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00	•		1	_ _ ,
80044680272		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_,	111/111
2- 00 72397950		IENTO OSSEO PARA ORT	OPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDAR	DC  _  2	_ _ _ ,	_  2	,
10243070064 ARTHROM COM		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	A  _ _ _			
3- <b>73991953 COMPON</b>		MPONENTE FEMORAL OF	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-5	52  _  1	,	_  1	_ _ , _
80044680277		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	A  _ _ _ _			
4- 74896717	CO		LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-		,	_  1	,
80044680257		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	A  _ _ _	_ _ _		
5-   _	-			_	_   _ _ _ _	_	,
	_ _ _				_!_ _ _ _	_ _	
<sup>6-</sup>	_				_	_	,
24 - Especificação do Material  25 - Observação / Justificativa  Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 08/	/11/2023 /AUTORIZADO CON	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa	/ Titular: UNIMED APUCARA	NA		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		
	[]			II .			