

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94697761

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora							
343269	o - rvaine	no da Guia Ali	ibuluo pela Opere	adora		94697	761				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid	lade da Senha	1					
09/04/2024	09:44		94697761		11/06/2024						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 1510000029948512			8 - Va	alidade da Carteira	9	- Atendimento (	de RN				
						IN .					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
GILBERTO GARUT	ΤΙ										
Dados do Contratado S	olicitante	9									
12 - Código na Operadora	l		13 - Nome do C								
78.614.971/0001-19			IRMANDAD	E DA SANTA (							
14 - Nome do Profissional  MAURICIO RODRIG					15 - Con <b>06</b>	selho Profissior	++	- Número do Con 650	11	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Loc			da Internação				24	.030		+1	223270
19 - Código na Operadora			-	tal / Local Solicitado	<u> </u>			10:	21 - Data sı	ugerida pa	ara Internação
78.614.971/0001-19	.,	11	•	A SANTA CAS		NA		- 11	22/04/202		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
22 - Caráter do Atendiment	23 -	Tipo de Interna	ıção 24 - Regin	ne de Internação	25 - Qtde. Diária	Solicitadas	26 - Previsã	io de uso de OPMI	27 - Pre	visão de u	so de Quimioterápico
1		С		1	1			S			N
28 - Indicação Clínica dor no quadril esquerdo											
29 - CID 10 Principal (opc M16 Procedimentos ou Itens	ĺ	30 - CID 10(2 <b>M16</b> nciais Solicita		31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CIE	10(4) (opciona	al) 33 -	Indicação de Aci	dente (acide <b>9</b>	ente ou d	oença relacionada)
34 - Tabela 35 - Códiç		cedimento	36 - Descrição		IED TEONIOA		DE 0114			Qtde. Solid	
1- 22				ASTIA (QUALQU ACOMPANHAN				NDRIL) - TRAT	A 1 1		1
3- 18 6000080				QUARTO COL				O PRIVATIVO			1
4-											
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adr	nissão ho	ospitalar    40	<ul> <li>Qtde Diárias Au</li> <li>1</li> </ul>	itorizadas   41 -	- Tipo de Acomoda	çao autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES							44 - Código CNES <b>2580055</b>				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 09/04/2024 /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											
.5 Data da Ooliotação		-// - \_SSIII	40 1 10113310	ai cononaine    '	, waniatula uU	_ononomino ou		اااددم در ا		JPUIISAVE	pola / lutorização



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		11	6 - Número da Guia atrib	· · ·		
343269		94697761		94697761	09/04/2024 09:44		94697761		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
1510000029948512									
8 - Nome									
GILBERTO GARUTTI									
Dados do Profissional Solic									
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail				
MAURICIO RODRIGUE	S MIYASAKI								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica									
dor no quadril esquerdo rad dor no quadril esquerdo rad									
AUTORIZADO CONFORMI									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição	int an fabricant		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autoriza	da 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate 1- <b>74899910</b>		22 - Referência do mater	ALICA ZIMMER - 00-8753-048-01 - CUPULA	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	. 1			
80044680269	Cur				_  1	,			
2- 73984736	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 984736 ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00					_  1			
80044680259	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				:  :  :  :  :  : -	-1 '	-		
3- <b>74004093</b>						1			
80044680330	0712		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1 .	1-1-1-1-1'1-1-1		
4- 00506605	CIM		CO SIMPLEX DOSE TOTAL 20ML LIQ. + 40G			1			
80005430445	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1 .	1-1-1-1-171-1-1		
5- <b>00 73997463</b>	HAS		MENTADA - 00-7711-009-20	1		1	_ _ ,		
80044680304		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 			<u></u>		
6-						_			
			_ _ _						
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 09/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA									
	10- 4			1100					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	otissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização				