

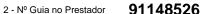
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91148526

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora													
343269	91148526												
4 - Data da Autorização 11/05/2023 09:07		5 - Senha	5 - Senha 91148526		6 - Data de Validade da		Senha /07/2023						
Dados do Beneficiário			31140	5520		21/	0112023						
7 - Número da Carteira				8 - Val	idade da Carteira	<u></u> а	9 -	Atendimento	de RN				
0320000077208226				30/04/2023				N					
50 - Nome Social													
10 - Nome													
MARCELA FRAN	CA RICC	: I											
Dados do Contratado		e	7 40 No.		at a table								
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA													
14 - Nome do Profissio		nte		15 - Conselho Profissional						16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE	Σ				06		17905		41	225270			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação													
19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação													
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 15/05/2023 00:00											0		
22 - Caráter do Atendimo	ento 23 ·	Tipo de Interr	nação 24 -	- Regime	e de Internação 1	25 - C	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OP S	ME 27 -	Previsão de ı	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA									<u> </u>				
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			(2) (opcional	opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Ite	ns Assiste	enciais Solici	itados										
34 - Tabela 35 - Cd 1- 22 30733 2- 22 30733 3- 22 30733 4- 22 30731 5- 18 60000 6- 18 60024 7-	065 049 073 216 0554 151 	l l l l l l l l l l l l l l l l l l l	OSTEC RECOI TRANS DIARIA ALUGI	RO OU DCONI NSTRI SPOSI A DE 1	DROPLASTIA JCAO, RETEI CAO DE MAI APARTAMEN AXA DE APAR	A - ESTA NCIONA S DE 1 ITO SIM RELHO	ABILIZAC AMENTO TENDAO PLES / EQUIPA	AO, RESS OU REFOR - TRATAM MENTO P	ECCA RCO D IENTO ARA A	O VIDEOARTRO O E/OU PLASTI O LIGAMENTO I CIRURGICO	OSC 1 A # 1 CR 1 1 PAR 1	- Qtde. Soli	C. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada													
1 12 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 45 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 46 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 47 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 48 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 49 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 49 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 49 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 40 - COCA / CNPJ autorizado 40 - COCA / CNPJ autorizado 40 - COCA / CNPJ autorizado 40 - CNPJ										44 - Código CNES			
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104												6528104	
Telefone Contratado OOPERATIVA DE M	45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/05/2023 /AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE C OOPERATIVA DE MEDICOS												
46 - Data da Solicitação		1 47 - Acci	inatura do Dr	oficeion	al Solicitante	18 - Acc	inatura do E	eneficiário o	II Rasno	onsável 49 - Ass	inatura do	Responsávi	al pola Autorização



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 91148526 91148526 11/05/2023 09:07 91148526 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0320000077208226 8 - Nome **MARCELA FRANCA RICCI** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - 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 fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 00590045 1- 00 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 2- 00 00116700 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00597007 PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB 3- 00 80044680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/05/2023 /AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização