

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93507244 (Via HOSPITAL)

1 "	B - Número da Gu	ia Atribuído	pela Opera	dora								
343269	1,						935072	44				
4 - Data da Autorização 14/12/2023 1	5 - Senh		507244	6 - Data de V		Senha 02/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Val	lidade da Carte	eira	9 - 4	Atendimento de	RN				
0810000004437385							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome DESIODATE ROMER	RO DOS SAN	гоѕ										
Dados do Contratado So	licitante											
12 - Código na Operadora		ł ł	Nome do Co									
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E O	RTOPEDIA	ESPECIA							
14 - Nome do Profissional ALEXANDRE DE OL		ROZ				15 - Conselho Profissional 16 - Número do C			Conselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Loca	al Solicitado / Da	ados da Inte	ernação		,,							
19 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	/ CNPJ	t		al / Local Solicit DPEDIA ESI		ADA LTI	DA			11	a sugerida p 2023 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Ir	nternação	24 - Regim	e de Internação	25 - Qt	de. Diárias S	Solicitadas 26	- Previsão	de uso de OF	PME 27 -	Previsão de I	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica												
29 - CID 10 Principal (opcid	onal) 30 - CID	10(2) (opcid	onal) 3	1 - CID 10(3) (d	opcional)	32 - CID 1	10(4) (opcional)	33 -	ndicação de <i>l</i>	Acidente (a		doença relacionada)
											9	
Procedimentos ou Itens 34 - Tabela 35 - Código	Assistenciais So o do Procediment		Descrição								' - Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 3072603· 2- 18 6000038· 3- 18 6000055· 4-	4 4	AR DIA	TROPLAS RIA DE A	ACOMPANH APARTAME	IANTE CO	M REFEIO	IMPLANTES	ETA		3 3		1 3 3 -
Dados da autorização												
39 - Data provável da Adm	ıssão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto 3	11	41 - Tipo de 12	Acomodaçã	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Loca UNIORT E ORTOPEDI						ALIZADA	LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justifica Telefone Contratado: (4 ERATIVA DE TRABALH	3)3372-0900 / E O MEDICO											
46 - Data da Solicitação	47 - 4	Assinatura de	o Profission	nal Solicitante	48 - Assir	natura do Be	eneficiário ou R	esponsáv	el 49 - Ass	sinatura do	Responsáv	el pela Autorização



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

Unimed #

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ı	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269		93507244		93507244	14/12/2023 15:28		93507244				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0810000004437385											
8 - Nome											
DESIODATE ROMERO	DOS SANTOS										
Dados do Profissional Solic											
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	1 - E-mail						
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A AUTORIZADO CONFORMI	NEXO										
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do l 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	ial na fabricanta		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento						
1- 74896717			LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-03			I 1	,				
80044680257					<u> </u>	_ı ·	IIII'III				
2- 73991953						_ 1					
80044680277		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI	DA _ _ _		- '	1-1-1-1-1/1-1-1				
3- 00 74904590	INS	ERTO ARTICULAR DE PO	LIETILENO COM RESTRICAO FIXO - (00-596 1	_ _ _ ,	_ 1	,				
80044680272		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI	DA _ _ _							
4- 00 72397950	CIM	IENTO OSSEO PARA ORT	OPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDA	RD C _ 2	_ _ _ ,	_ 2	_ _ , _				
10243070064		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI	DA _ _ _							
5-	_ _ _			_ _	_	_ _	_ ,				
	_ _ _		 	-	_ _ _ _ _	_					
6- _ _ _ _ _ _ _ _ _	_			_ _	_	_	_ _ , _				
				-	_ _ _ _						
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 14/	/12/2023 /AUTORIZADO COM	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empres	a / Titular: UNIMED DE PARAI	NAGUA COOPERATIVA DE TRA	BALHO MEDICO					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização						