

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91771165

(Via HOSPITAL)

		l								
1 - Registro ANS 3 - N 343269	lúmero da Gui	ia Atribuído p	ela Operadora			9177	71165			
4 - Data da Autorização	5 - Senh	а	6 - Da	ata de Valida	ide da Senha					
05/07/2023 17:0	02	917	771165		05/09/20)23				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira			8 - Validade d			9 - Atendimento				
1510000030161199			31/12/2023	S		N				
50 - Nome Social										
10 - Nome										
CLAUDIR DIAS DE OLI										
Dados do Contratado Solici	tante	12 N	ome do Contratac	do						
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	ORT E ORTOF		PECIAL IZ					•
14 - Nome do Profissional Soli	citante		THE ORTOR	LDIA LO		Conselho Profissi	ional	16 - Número do Con	selho 17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE RIBEIRA		Α			06		ionai	28281	41	225270
Dados do Hospital / Local S	olicitado / Da	idos da Inter	macão							
19 - Código na Operadora / Cl			do Hospital / Loca	al Solicitado][:	21 - Data sugerida	para Internação
10.246.214/0001-04		UNIORT	E ORTOPED	IA ESPEC	IALIZADA	LTDA			10/08/2023 00:	00
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de In	iternação 2	24 - Regime de Int	ernação	25 - Qtde. Di	árias Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OPMI	E 27 - Previsão de	uso de Quimioterápico
1	С		1			1		S		N
29 - CID 10 Principal (opcional	30 - CID	10(2) (opcior	nal) 31 - CID	10(3) (opcio	onal) 32 -	CID 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de Aci	dente (acidente ou	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens Ass	sistenciais So	licitados								
34 - Tabela 35 - Código do			Descrição						37 - Qtde. So	olic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30726034								TRATAMENTO CII	R 1	1
2- 18 60000384			RIA DE ACOM						1	1
3- 18 60000805		I	NA DE QUAR	COLE	IIVO DE 2	LEITOS COM	IBANE	IEIRO PRIVATIVO) 1 	1
5-	 -	_, _l								
6-		_i								iii
7- _	_	_l								_ _ _
8-	- -	_							_ _ _	
9-	- 	_								
11-	-ı! _	 -l								 <u> </u> _
12-		_i								iii
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admissã	io hospitalar	40 - Qtde D	iárias Autorizada 1	s 41 - 1	Tipo de Acom	odação autorizad	da			
42 - Código na Operadora / C	NPJ autorizad	lo 43 - No	ome do Hospital /	Local Autor	izado					44 - Código CNES
10.246.214/0001-04		UNIO	RT E ORTOF	PEDIA ES	PECIALIZA	ADA LTDA				6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3 AGEM OSRON PULSE - P gicas / Empresa / Titular: U	372-0900 / E ois são itens	considerad								

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

Unimed A
Londrina

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referer	nciada 91771165	4 - Senha	9177116	5 - Data da Autorização 05/07/2023 17:02	6 - Número da Guia atribi	uído pela Operadora 91771165
Dados do Beneficiário		31771103		3177110	03/01/2023 17:02		31771103
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1510000030161199	††						
8 - Nome							
CLAUDIR DIAS DE OL	IVEIRA						
Dados do Profissional Soli	citante						
9 - Nome do profissional solid	citante		10 - Telefone		11 - E-mail		
ALEXANDRE RIBEIRA	A PROVENZA						
Dados da cirurgia							
ARTROPLASTIA TOTAL D	DE JOELHO ESQUERDO CONFORME UNIMED DE C		ICURTAMENTO,LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ESC O OPME SISTEMA LAVAGEM OSRON PULSE - I				İ
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do 21 - Registro ANVISA do Mat		Descrição 22 - Referência do materia	I no fabricante		tde. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli ão de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizad	a 20 - Valor Unitário Autorizado
- 00 72397888			OPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G	<u> </u>	_ _ _ ,	_ 1	,
10243070062		ARTHROM COMERCI	O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 75999080	INS		IETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-595	<u> _</u> 1	,	_ 1	,
30044680258			O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3- 74907735	СО		ICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02 CO	1		_ 1	,
30044680276			O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
- 76362205 30175510047	CO		FION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 C O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	,
5-			O DE IMPLANTESONTOPEDIGOSETDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	- -	_ _	_ ,
_ _ 6- _ _	 			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	- -	 	_ ,
<u></u>				-		ll	
24 - Especificação do Materia 25 - Observação / Justificativ							
Telefone Contratado: (43)	3372-0900 / Emitido em 05/		CIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFA's de salas cirurgicas / Empresa / Titular: UNIMED		E SISTEMA LAVAGEM OSRON PU	JLSE - Pois são itens co	onsiderados inclusos em taxa
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pi	ofissional Solicitante		28 - Assinatura	do Responsável pela Autorização		