

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92428662

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Núm	ero da Guia Atr	ibuído pela Opera	dora									
343269	oro da Odia 7 til	isulus pola Opera	aora	924	28662							
4 - Data da Autorização	02429662	6 - Data de Validade da	ı									
04/09/2023 15:57 92428662 05/11/2023 Dados do Beneficiário 05/11/2023												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
1510000002935223 31/12/2023			2/2023	1	N							
50 - Nome Social												
10 - Nome ECLITON JOSE LOPES PIMENTEL												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Co										
10.246.214/0001-04		UNIORTEO	RTOPEDIA ESPEC		sianal IAC Némanada	O						
14 - Nome do Profissional Solicitante MARCUS VINICIUS DANIELI				15 - Conselho Profiss 06	16 - Número do 18734	Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270						
Dados do Hospital / Local Solic						15						
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Inter 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 12/09/2023 00:00												
22 - Caráter do Atendimento 23	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	e de Internação 25 - 0	Qtde. Diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de C	PME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N						
28 - Indicação Clínica ARTROSE JOELHO DIR												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10		1 - CID 10(3) (opcional)	ocional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicad		ão de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9							
Procedimentos ou Itens Assiste	enciais Solicita	dos										
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30726034 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
Dados da autorização	1				. 1							
39 - Data provável da Admissão h	ospitalar 40	- Qtde Diárias Aut	orizadas 41 - Tipo d	le Acomodação autoriza	ада							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Loca UNIORT E ORTOPEDI				I Autorizado 44 - Código CNES A ESPECIALIZADA LTDA 6528104								
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/09/2023 /AUTORIZADA CONORME 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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer		4 - Senha		5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Op		•
343269	343269 92428662		92428662		04/09/2023 15:57	9242	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1510000002935223							
8 - Nome							
ECLITON JOSE LOPE	S PIMENTEL						
Dados do Profissional Solid	itante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
MARCUS VINICIUS DA	NIELI						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ARTROSE JOELHO DIR AUTORIZADA CONORME							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mat	erial	22 - Referência do mater	ial no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 74904590	INS		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	1	,	_ 1	,,
80044680272		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _			
2- 00 74896717	CO		LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C	1	,	_ 1	,,
80044680257		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _	_ _ _		
3- 73991953	CO	MPONENTE FEMORAL OF	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52	_ 1	_ _ _ ,	_ 1	,
80044680277		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _		
4- 00 72397950	CIN	IENTO OSSEO PARA ORT	TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	_ 1	,	_ 1	,,
10243070064		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _		
5- _	_ _ _			_ _ _	_ _ _ ,	_	
						_ _	
6- _	_ _ _				_	_	
						_ _	
24 - Especificação do Materia	I						
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)	3372-0900 / Emitido em 04/	09/2023 /AUTORIZADA CON	NORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: I	UNIMED APUCARANA	1		
00. Para la 0. " " "	107 4	Contract Out of		100 t : : :	Decree de la colonidad de la c		
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante					Responsável pela Autorização		