

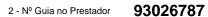
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93026787

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela Op	peradora			\neg				
343269					9302678	87				
4 - Data da Autorização	5 - Senha		ł †	idade da Senha						
31/10/2023 10	:41	9302678	87	02/01/2024						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN										
9750000016933144			validade da Cartella		N	TXIX				
50 - Nome Social										
10 - Nome										
GILBERTO DA SILVA										
Dados do Contratado Solido 12 - Código na Operadora	citante	13 - Nome d	o Contratado							
10.246.214/0001-04		† †	E ORTOPEDIA E	SPECIALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional So	olicitante				elho Profissional	I 16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO	
ALEXANDRE DE OLIV	/EIRA QUEIR	OZ		06	06 17905		-	41	225270	
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dao	los da Internação)							
19 - Código na Operadora / 0	CNPJ		spital / Local Solicitad				11	-	ara Internação	
10.246.214/0001-04	1		RTOPEDIA ESPI				14/11/20			
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	ernação 24 - Re	egime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26	s - Previsão de uso de OP S	ME 27 - Pre	evisão de u	uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica			<u> </u>							
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID	10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (op	cional) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	.cidente (acid 9	ente ou d	oença relacionada)	
Procedimentos ou Itens As	ssistenciais Soli	citados								
34 - Tabela 35 - Código 1 - 22 30726034 2 - 18 60000384 3 - 18 60000805 4 -	do Procedimento	ARTROP DIARIA D DIARIA D	LASTIA TOTAL I E ACOMPANHA E QUARTO COI	NTE COM REFE LETIVO DE 2 LE	ICAO COMPL TOS COM BA	ANHEIRO PRIVATIA	CIR 1 1		c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 3	
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde Diárias 3	- 11	- Tipo de Acomoda	ção autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNI 6528104								44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/10/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA 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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	iciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuío	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		93026787		93026787	31/10/2023 10:41		93026787	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
9750000016933144								
8 - Nome								
GILBERTO DA SILVA								
Dados do Profissional Solici	tante							
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	1 - E-mail			
ALEXANDRE DE OLIVI	EIRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia								
		EM MELHORA COM TRAT C						
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição	:-! f -b-:		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
1- 00 74904590	stro ANVISA do Material 22 - Referência do material r		ial no labricante DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 0	23 - Nº Autorização 0-596 II 1	de Funcionamento	_ 1	_ _ ,	
80044680272			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	•—-•	י י י	_1 '		
2- 00 72397950	CIM		OPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDAF	111		_ 2	_ _ ,	
10243070064		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	A _				
3- 74896717	CO	MPONENTE TIBIAL META	LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037	-01 C _ 1	_ _ _ ,	_ 1	_ _ , _	
80044680257		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	A _ _ _				
4- 73991953	CO	MPONENTE FEMORAL OF	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-	52 _ 1	_ _ _ ,	_ 1	_ _ , _	
80044680277		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	A _ _ _				
5- _	_ _ _			_ _	_ _ _ _ _ ,	_ _	,	
			- -			_ _		
6- _ _ _ _ 	_!!! 					_	,	
24 - Especificação do Material								
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 31/	10/2023 / Empresa / Titular:	UNIMED DO ESTADO DO PARANA					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização			