

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93106967

(Via HOSPITAL)

	-												
1 - Registro ANS 3	- Número da Guia	a Atribuído	pela Ope	radora									
343269							9310	6967					
4 - Data da Autorização	5 - Senha	a .		6 - Data de	Validade da	Senha							
08/11/2023 1	0:55	93	3106967	<u>'</u>	12/	/01/2024							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira			8 - V	alidade da Cart	eira	9 - /	Atendimento						
9750000014184896 N													
50 - Nome Social													
10 - Nome													
DIVINA MUNIZ HIRATA													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora		- 11		Contratado	FORFOL	A I 17A D A							
10.246.214/0001-04		UNI	IORIE	ORTOPEDIA	A ESPECIA						1	11	
14 - Nome do Profissional S		207				15 - Conselho Profissional			16 - Número do Conselho 17905		17 - UF	18 - Código CBO	
ALEXANDRE DE OLI						06			17905		41	225270	
Dados do Hospital / Loca			-		21 - 1				1	04 - D. (
19 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ			ital / Local Solid		7ΔΠΔ Ι ΤΙ	λ					oara Internação	
	100 7: 11		ORT E ORTOPEDIA ESPECIAL						- Previsão de uso de OPME		14/11/2023 00:00 27 - Previsão de uso de Quimioterápico		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regi	me de Internação 1	0 25-6	tide. Diarias :	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OPIV	IE 27 -	Previsao de	N	
28 - Indicação Clínica				<u>'</u>								N .	
20. CID 40 Deignain al /an aig	I) 20 CID	10(2) (opci	:1) [[24 CID 40(2)	(:)	I aa CID d	10(4) (1	22	:	-:	d	
29 - CID 10 Principal (opcio	nai) 30 - CID	10(2) (opci	ionai)	31 - CID 10(3)	(opcional)	32 - CID	10(4) (opcio	nai)	33 - Indicação de Ad	cidente (a	scidente ou d	doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens A	esistanciais Sal	icitados											
	do Procedimento		- Descrição	<u> </u>						37	7 - Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.	
1- 22 30726034					L DE JOE	LHO COM	IMPLAN	TES - 1	TRATAMENTO C		Qido. Coi	1	
2- 18 60000384		DIA	ARIA DE	ACOMPANI	HANTE CO	M REFEI	CAO CON	IPLET	A	1		1	
3- 18 60000805		DIA	ARIA DE	QUARTO C	OLETIVO	DE 2 LEI	ros com	BANH	IEIRO PRIVATIVO	3		3	
4- _		!									_		
5-		-									_	_	
6- _ _ 7-	 	-l								- 	 	 	
	7-												
9 ⁻													
10- _		i								İ_	_ _ _		
11-	_ _ _ _	-l								l_	_ _ _		
12-		<u> </u>								l_	_ _ _	_	
Dados da autorização													
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde		utorizadas	41 - Tipo de	e Acomodaç	ão autorizad	la					
			3		1								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Loca												44 - Código CNES	
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104								6528104					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/11/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN													
A leiefone Contratado: (43	13312-0900 / Er	mudo em	00/11/20	23 /AUTURIZ/	ADO CONF	OKIVIE UIVI	INIED DE C	KIGEN	vi / ⊑impresa / Tituli	ai. UNIN	אבט טט בּי	STADO DO PARAN	
46. Data da Calicitação	1147 4		la Davida	anal Callette et	1 40 4	inoture 1: 5	onoff-14 1	D	ongával 140 Agair		Danie (and made Audi 2	



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269		93106967		93106967	08/11/2023 10:55	93106967					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
9750000014184896											
8 - Nome											
DIVINA MUNIZ HIRATA											
Dados do Profissional Solicitante 1 - Nome do profissional solicitante 1 - Telefone 1 - E-mail											
ALEXANDRE DE OLIVI			10 - Telefone	1	11 - E-mail						
	IKA QUEIKOZ										
Dados da cirurgia 12 - Iustificativa técnica											
12 - Justificativa técnica REVALIDAÇAO DA GUIA 92240615 . DOR + DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO, SEM MELHORA COM TRAT. CLINICO. ARTROSE											
REVALIDAÇÃO DA GUIA 92240615 DOR DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO SEM MELHORA COM TRAT CLINICO ARTROSE											
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM											
OPME Solicitadas				10.0 7 17 0:1			00 1/1 1/1/1 4 1 1				
13 - Tabela 14 - Código do N 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado				
1- 00 74904590		ERTO ARTICULAR DE PO	DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 0	0-596 1	_ _ _ ,	_ 1	,				
80044680272		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	A _ _ _							
2- 00 72397950					_ _ _ ,	_ 2	,				
10243070064					_ _ _ _						
3- 74896717 80044680257	COI		ALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD		_ ,	_ 1	,				
4- 73991953	COL		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014			1					
80044680277	00.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD			-ı ·	'				
5-						_	,				
						_ _					
6- _	_ _ _			_ _	_ _ _ , _		,				
						_					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/11/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização						