

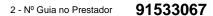
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91533067

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N	Número da Guia	Atribuído pe	ela Operadora								
343269						9153	3067				
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data	de Validade da	Senha						
14/06/2023 12:	18	915	33067	18	/08/2023						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Validade da 0	Carteira	9 - 4	tendimento	de RN				
9750000010225423			01/07/2024			N					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
MARIA DALVA NUNES	TSUCHIYA										
Dados do Contratado Solici	tante										
12 - Código na Operadora		11	ome do Contratado	DIA ECDECI	A1 17 A D A	LTDA					
10.246.214/0001-04		UNIO	RT E ORTOPE	DIA ESPECI			. 10				
14 - Nome do Profissional Soli GUILHERME JOSE MIN		/ECANA		•	15 - Conselho Profissional			16 - Número do Conselho 17 30165 41		7 - UF	18 - Código CBO 225270
			-		06			30165		-1	225270
Dados do Hospital / Local S				V. 12 - 24 - 1 -				7.5	24 5		
19 - Código na Operadora / Cl 10.246.214/0001-04	11		do Hospital / Local S E ORTOPEDIA		7	١٨		- 11	21 - Data su 24/06/202		ara Internação
	L						00 0				
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	rnaçao 2	24 - Regime de Intern 1	açao 25 - C	Qtde. Diárias S 1	iolicitadas	26 - Prev	risão de uso de OPME S	= 27 - Pre\		so de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica			<u> </u>		•						
					-1						
29 - CID 10 Principal (opciona	I) 30 - CID 10	0(2) (opcion	nal) 31 - CID 10	(3) (opcional)	32 - CID 1	0(4) (opcion	ial) 3	3 - Indicação de Acid	dente (acide 9	nte ou de	oença relacionada)
Procedimentos ou Itens Ass	sistenciais Solic	sitados									
)escricão						37 - Q	tde Solic	: 38 - Otde Aut
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											
5-										 - - -	
9-	- -								_ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
12-	-									_	
Dados da autorização		10 0:1 =:		1144 == +							
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas				11 41 - Tipo de	41 - Tipo de Acomodação autorizada						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Loc										44 - Código CNES	
				IA ESPECIALIZADA LTDA						- 11	6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3 A	372-0900 / Em	itido em 14	4/06/2023 /AUTOF	RIZADO CONF	ORME UNI	MED DE O		/ Empresa / Titula		DO ES	TADO DO PARAN



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		91533067		91533067	14/06/2023 12:18		91533067
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
9750000010225423							
8 - Nome							
MARIA DALVA NUNES	TSUCHIYA						
Dados do Profissional Solic							
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	1 - E-mail		
GUILHERME JOSE MI	YASAKI PIOVESANA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica GONARTROSE GONARTROSE AUTORIZADO CONFORMI	E UNIMED DE ORIGEM						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do l		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 74907735 80044680276	CO		LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02 CO CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ ,	_ 1	_ ,
2- 76362205	CO		PTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 C			1	,
80175510047	00		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	' 	: : : : : : -	-1 '	I
3- 72397950	CIN		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C			_ 2	_ ,
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>-</u>		-1 -	IIII'!II
4- 00 75999080	INS		DLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-595	1		_ 1	,
80044680258			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	, 		-1	1-1-1-1-1'1-1-1
5-							,
6- _					_	_	_ _ ,
					_	_	
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa	1	06/2022 JALITORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular	LINIMED DO ESTAD	DO DO BARANA		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr		NFORME UMINED DE ORIGEM / EMPRESA/ Htular		DO DO PARANA Responsável pela Autorização		
	П						