

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94891/10

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 94891710 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 24/04/2024 15:05 94891710 02/07/2024 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0970000008225634 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome MARIA DE LOURDES MARCAL DEPINTOR Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho **ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ** 17905 225270 06 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 30/04/2024 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico C 3 S Ν 28 - Indicação Clínica ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30726034 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1 2- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 1 3- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 3 3 4- |__|_| 6- |__|__| 11-12-___ I I I I II I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/04/2024 / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora
343269		94891710		94891710	24/04/2024 15:05	94891710
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social				
0970000008225634						
8 - Nome						
MARIA DE LOURDES MARCAL DEPINTOR						
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	11	- E-mail	
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	
1- 00 74896466 80044680257	COI		ALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-047-01 C CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ ,	_ 1
2- 00 72397950	CIM		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		2
10243070064	Cilvi		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 	_ - - - - - - - - - - - - - - - -	_ 4
3- 74951955	PI A		ENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5960-30-12 C			1
80044680317			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
4- 73990930	COI	MPONENTE FEMORAL O	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01	1		_ 1
80044680277		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.—. _ _ _		
5- _					_	_
	_ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _
6- _					_	_
						_ _
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/04/2024 / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	