

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93074891

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 93074891 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 06/11/2023 10:46 93074891 07/01/2024 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 9750000016468581 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **REGINA LOREJAM** 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 225270 JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO 06 28617 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 20/11/2023 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 1 2 S Ν 28 - Indicação Clínica ARTROSE GRAVE DE JOELHO ESQUERDO 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 1 2- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 2 2 3- **18** 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 2 4- |\_\_|\_| 6- |\_\_|\_\_| 11-12-|\_\_|\_ |\_\_|\_| I I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 12 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 06/11/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARA NA 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		4 - Senha		11	6 - Número da Guia atribuío	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
343269		93074891		93074891	06/11/2023 10:46		93074891
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social							
9750000016468581							
8 - Nome							
REGINA LOREJAM							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica ARTROSE GRAVE DE JOELHO ESQUERDO ARTROSE GRAVE DE JOELHO ESQUERDO ARTROSE GRAVE DE JOELHO ESQUERDO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição					e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fa				23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 73991953 COMPONENTE FEMORAL OPTION 80044680277 ARTHROM COMERCIO DE				•—•	,	_  1	_ ,
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
			LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-0	•—•		_  1	,
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3- <b>00 74904590 80044680272</b>	INS		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-	•—•		_  1	,
	0114		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- 00 72397950 10243070064	Cliv		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  2	,
5-		AKTHKOW COWERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSETDA				
<sup>3-</sup>	_ _ _					_	_ ,
6-		I				= <del> </del>	
				    - - -	!	_l	י
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/11/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA							
OO Date to Oakate a	107 Autor 15	· Control Online		100 4	· Daniel Article Article A		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	Diissionai Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização		