



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94484928**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94484928
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 20/03/2024 17:11	5 - Senha 94484928	6 - Data de Validade da Senha 24/05/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1580000007126074	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome MARILIA SILVEIRA DE SOUZA REGINATO
--

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante MARCUS VINICIUS DANIELI	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 18734	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 19/04/2024 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 3	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica ARTROSE DE JOELHOS BILATERAL

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) 9
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

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	2	2
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- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 3	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA	44 - Código CNES 6528104
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/03/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CASCAVEL			
--	--	--	--

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

2 - Nº Guia no Prestador 94484928

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94484928	4 - Senha 94484928	5 - Data da Autorização 20/03/2024 17:11	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94484928
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1580000007126074	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome
MARILIA SILVEIRA DE SOUZA REGINATO

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante MARCUS VINICIUS DANIELI	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
ARTROSE DE JOELHOS DIREITO E ESQUERDO
ARTROSE DE JOELHOS BILATERAL
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento				
1- 00	72397888	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G		4		4	
	10243070062	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2-	74902318	INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596		2		2	
	80044680272	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3-	74906119	COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO		2		2	
	80044680276	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
4-	73990930	COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01		2		2	
	80044680277	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
5-							
6-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/03/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CASCAVEL

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---