



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94563986**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>94563986</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>27/03/2024 14:52</b>	5 - Senha <b>94563986</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>26/05/2024</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>9759005004953021</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social
------------------

10 - Nome <b>MARGARETH FAIAD NAME VILLARI</b>
--

Dados do Contratado Solicitante

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

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

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ <b>10.246.214/0001-04</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>12/04/2024 00:00</b>
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</b>	24 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>2</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>N</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica <b>ARTROSE DE JOELHO DIREITO</b>
--

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) <b>9</b>
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b>	<b>30726034</b>	<b>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>18</b>	<b>60000554</b>	<b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>2</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>12</b>
---	---	---

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

45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/03/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ
---

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>94563986</b>	4 - Senha <b>94563986</b>	5 - Data da Autorização <b>27/03/2024 14:52</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>94563986</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>9759005004953021</b>	29 - Nome Social
---	------------------

## 8 - Nome

**MARGARETH FAIAD NAME VILLARI**

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>MARCUS VINICIUS DANIELI</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica  
ARTROSE DE JOELHO DIREITO  
ARTROSE DE JOELHO DIREITO  
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM

## OPME Solicitadas

13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material	14 - Código do Material	15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- <b>00</b> <b>10243070064</b>	<b>72397950</b>	<b>CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C</b>	<input type="checkbox"/> <b>2</b>		<input type="checkbox"/> <b>2</b>		
		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
2- <b>74931105</b> <b>80044680301</b>		<b>BASE TIBIAL METALICA - 42-5320-067-02 BASE TIBIAL CIMENTADA PE</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>		<input type="checkbox"/> <b>1</b>		
		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
3- <b>74949861</b> <b>80044680317</b>		<b>PLATO TIBIAL DE POLIETILENO ESTABILIZADO ZIMMER - 42-5226-004-</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>		<input type="checkbox"/> <b>1</b>		
		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
4- <b>74932047</b> <b>80044680301</b>		<b>BASE TIBIAL METALICA - 42-5570-001-14 COMPONENTE HASTE TIBIAL</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>		<input type="checkbox"/> <b>1</b>		
		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
5- <b>02967227</b> <b>80044680307</b>		<b>COMPONENTE FEMORAL PS PERSONA STD DIREITO 05 42-5006-058-02</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>		<input type="checkbox"/> <b>1</b>		
		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 24 - Especificação do Material

## 25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/03/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

## 26 - Data da Solicitação

## 27 - Assinatura do Profissional Solicitante

## 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização