

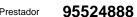
### GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95524888

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	Número da Gui	a Atribuído	pela Opera	ndora			0552	4000				
4 - Data da Autorização	5 - Senh	2		6 - Data de Vali	dada da S	Sonha I	95524	4000				
19/06/2024 15	i i		5524888	Data de Vall		08/2024						
Dados do Beneficiário	'											
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira	1	9 -	Atendimento	de RN				
9750000016425939							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome MARIA RITA LOPES CANCIAN												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	Nome do C	ontratado PRTOPEDIA E	SPECIA	11 17 A D A	LTDΔ					
14 - Nome do Profissional S	olicitante		IONT E O	MIOI LDIA L			elho Profissio	nal 1	6 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLI		ROZ			- 11	06		11	7905	ondonio	41	225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Da	dos da Int	ternação									
19 - Código na Operadora /	CNPJ	t		al / Local Solicitad						11		para Internação
10.246.214/0001-04		L		OPEDIA ESPE							2024 00:0	
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de In	ternação	24 - Regim	ne de Internação	25 - Qt	de. Diárias	Solicitadas	26 - Previs	são de uso de OF	PME   27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica DOR PLATO MEDIAL CO	M INICADACID	ADE ELIN	ICIONAL S	EM MEI HODA	COM TR	^T^MENI7		CINTILO	ACDAEIA SOI	TUPA CO	MDONEN:	TEQ
29 - CID 10 Principal (opcior		10(2) (opc		11 - CID 10(3) (opo	,		10(4) (opcion			(-	9	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais So	licitados										
34 - Tabela         35 - Código           1- 22         30710049           2- 22         30726034           3- 18         60000384           4- 18         60000805           5-	do Procedimento	RE AR Di	RTROPLA ARIA DE A	DE PROTESES STIA TOTAL D ACOMPANHAI QUARTO COL	DE JOEL NTE CO LETIVO I	.HO CON M REFEI DE 2 LEI	I IMPLANT CAO COM TOS COM	ES - TRA PLETA BANHEI	ATAMENTO	ACO 1 CIR 1 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.  1  1  3
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada												
3 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 19/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN A  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
46 - Data da Solicitação	47 - 4	ssinatura (	UU Profissioi	iai Soiicitante	48 - ASSIT	iatura do B	enenciario ot	ı kespons	avei    49 - As:	smatura do	kesponsav	rei peia Autorização



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

Unimed #

1 - Registro ANS	Número da Guia Referenciada 4 - Se					5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	95524888			95524888		19/06/2024 15:50	955248		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	- Número da Carteira 29 - Nome Social								
9750000016425939									
8 - Nome									
MARIA RITA LOPES CA	NCIAN								
Dados do Profissional Solicita									
9 - Nome do profissional solicita			10 -	1	1 - E-mail				
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica DOR PLATO MEDIAL COM INCAPACIDADE FUNCIONAL SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO. CINTILOGRAFIA - SOLTURA COMPONENTES DOR PLATO MEDIAL COM INCAPACIDADE FUNCIONAL SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO CINTILOGRAFIA SOLTURA COMPONENTES AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do Ma		Descrição					itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitá	ário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Materi		22 - Referência do mater			23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- <b>00</b>	SIS	TEMA LAVAGEM OSRON		UUD-DPL-STU1Z-CTU2Z LANTESORTOPEDICOSLTDA		_  ,	_  1	_ ,	
2- <b>00 72397950</b>	CIM			1A VISCOSIDADE STANDARD C			_  3  _ _ _		
10243070064	Cilv			LANTESORTOPEDICOSLTDA				_ ,	
3- <b>73991740</b>	CO			RESTRICAO - 00-5994-014-91			1	_ ,	
80044680277		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						_1,111	
4- <b>74896873</b>	co	COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-010-11 (					2	_ ,	
80044680257	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT			LANTESORTOPEDICOSLTDA	 				
5- <b>74946994</b>	PLATO TIBIAL DE POLIETILENO ESTABIL			BILIZADO ZIMMER - 5994-30-12 C	<u> </u> 1		_  1   _	_ ,	
80044680317		ARTHROM COMERC	CIO DE IMP	LANTESORTOPEDICOSLTDA					
6- <b>74897888</b>	97888 COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECO			COAT ZIMMER - 00-5988-020-11 C	2	_ _ ,	_  2  _ _ _	_ ,	
80044680257		ARTHROM COMERO	CIO DE IMP	LANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _				
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/06/2024 /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									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	otissional Solicitante			28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização			



# Unimed A

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referen	ciada <b>95524888</b>	4 - Senha	95524888	5 - Data da Autorização 19/06/2024 15:50	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95524888				
		95524666		95524666	19/00/2024 15.50	95324686				
Dados do Beneficiário		OO Nama Casial								
9750000016425939	7 - Número da Carteira 29 - Nome Social									
8 - Nome										
MARIA RITA LOPES CANCIAN										
Dados do Profissional Solici			104	. F						
9 - Nome do profissional solicit <b>ALEXANDRE DE OLIVE</b>			10 - Telefone	11 - E-mail						
	IKA QUEIRUZ									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica DOR PLATO MEDIAL COM INCAPACIDADE FUNCIONAL SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO. CINTILOGRAFIA - SOLTURA COMPONENTES DOR PLATO MEDIAL COM INCAPACIDADE FUNCIONAL SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO CINTILOGRAFIA SOLTURA COMPONENTES AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
7- <b>00 74895893 80044680257</b>	COI	-	\LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-057-01 C CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  1	_   ,	_  1				
8- <b>00 74896385</b>	CO		ALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-003-26 C	_		_  2				
80044680257 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES				_  <del> </del>	-             -	_  2   _ -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -				
9- 00 77120396 COMPONENTE FEMORAL PRECOAT COM RESTRICAO - 00-5990-034-01						_  3				
80044680274			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
10- <b>00 74950967</b>	PL/		ENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5994-30-20 C							
80044680317		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	   _ _ _ _						
11-				_      _ _	_   _ _ , _	_   _ _ ,				
	_			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _				
12-					_   _ _ , _					
	_				_ _ _ _	_ _				
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					