

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94808608

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3/13260											
343269		F Conho	1	6 Data da Valia	lada da Canha	1	,000				
4 - Data da Autorização 17/04/2024 15:42		5 - Senha 94808608		6 - Data de Valid	17/06/2024						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira	9 -	Atendimento	de RN				
9750000016933144	1					N					
50 - Nome Social											
10 - Nome GILBERTO DA SIL	.VA										
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-0			13 - Nome do Co		SPECIALIZADA	A LTDA					
14 - Nome do Profission			<u> </u>		15 - Cons	15 - Conselho Profissional		16 - Número do Conselho		17 - UF 18 - Código CBO 41 225270	
Dados do Hospital / Lo][]	
19 - Código na Operado				al / Local Solicitado	<u> </u>				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-0	4	UN	IIORT E ORTO		CIALIZADA LT					2024 00:0	
22 - Caráter do Atendimen	nto 23 -	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPN S	ИЕ 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica					1	11					
29 - CID 10 Principal (op	ocional)	30 - CID 10(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opciona	al)	33 - Indicação de Ar	cidente (a		oença relacionada)
Procedimentos ou Iter	ns Assiste	enciais Solicita	dos							9	
		ocedimento							37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307260				STIA TOTAL D	E JOELHO COI	M IMPLANT	ES - T	RATAMENTO C	IR 1		1
2- 18 600003	384		DIARIA DE A	ACOMPANHAN	ITE COM REFE	ICAO COM	PLETA	4	3		3
3- 18 600008 4-			DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2 LE	ITOS COM E	BANH	EIRO PRIVATIV	0 3 		3
39 - Data provável da Ad		ospitalar 40	· Qtde Diárias Aut	orizadas 41 -	- Tipo de Acomoda	ção autorizada					
23 Zala provavorua Al		- Sp. (6)	3	1	po do / toomoda	3 -10 GG(0)12GG					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNE 6528104									44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/04/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissior	nai Solicitante 📙	48 - Assinatura do l	seneticiário ou	Respo	nsavel 49 - Assi	natura do	kesponsáv	ei pela Autorização



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

Unimed A

	_						
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	11	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		94808608		94808608	17/04/2024 15:42		94808608
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
9750000016933144							
8 - Nome							
GILBERTO DA SILVA							
Dados do Profissional Solid	itante						
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	11	- E-mail		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica ARTROPLASTIA TOTAL D ARTROPLASTIA TOTAL D							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do l		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do materia		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 73990930	CO		TION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01	1	_ _ _ ,	_ 1	,
80044680277			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
			OPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2	, ,	_ 2	,
10243070064			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _		
3- 74951955	PL		NO ESTABILIZADO ZIMMER - 5960-30-12 C	<u> </u> 1	_ _ _ ,	_ 1	,
80044680317			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- 00 74896466	CO		LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-047-01 C	1		_ 1	_,
80044680257		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5- _	_ _ _				_	-	_,
	_ _ _				_!!!!!!!	_	
6- _ _ _ 	_ _ _				_	-	,
24 - Especificação do Materia		IIIIII		<u> </u>		_ II	
2. Zoposinoayao ao matona							
25 - Observação / Justificativa							
		/04/2024 / Empresa / Titular: U	JNIMED DO ESTADO DO PARANA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		