

89938834

(Via HOSPITAL)



_|/|__|_|/|_

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 89938834 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 24/01/2023 16:06 89938834 09/04/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0370000019102090 30/09/2023 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde MARIA APARECIDA DUTRA FIG Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 18 - Código CBO 17 - UF **MARCUS VINICIUS DANIELI** 06 18734 225270 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida pata Internação 10.246.214/0001-04 04/02/2023 00:00 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 22 - Caráter de Atendimento 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 23 - Tipo de Internação 2 S 1 3 Ν 1 28 - Indicação Clínica ARTROSE DE JOELHO ESQUERDO 29-CID10 Principal (opcional) 30-CID10(2) (opcional) 31-CID10(3) (opcional) 32-CID10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 34 - Tabela 36 - Descrição 1- 22 30726034 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1 1 2- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 3 3 3- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 3 3 12-Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 3 1 _|_|/|__| 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 Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 24/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED RIO C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



89938834

Unimed 11 Londrina

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

| 343289 89393834 989393834 24/01/2023 16.06 99393834 7. Nanore da Demonstra de Caracteria | 1 - Registro ANS | 3 - Numero Guia Referenciada | 4 - Senha | | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuido pela Operadora | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------|---------------------------------------------|--|
| S. Norme | 343269 | 89938834 | | 89938834 | 24/01/2023 16:06 | 89938834 | |
| MARIA APARECIDA DUTRA FIG Maria formational politications | Dados do Beneficiário | | | | | | |
| To Freedom 10 - Telefore 11 - Email 12 - Email 12 - Email 13 - Email 14 - Email 13 - Email 13 - Email 13 - Email 13 - Email 14 - Email 13 - Email 13 - Email 14 - Email 13 - Email 14 - Email 13 - Email 14 - Email 14 - Email 13 - Email 14 - Email | 7 - Numero da Carteira 8 - Nome | | | | | | |
| 9-None oppolisional solicitaires MARCUS WINCUS DANIELI Discrete de la contragio de la contra | 0370000019102090 MARIA APARECIDA DUTRA FIG | | | | | | |
| MARCIUS INNICUS DANIEL | Dados do Profissional Solicitante | | | | | | |
| Debt of stripps | 9 - Nome do profissional solicita | nte | 10 - Telefone | 11 | - E-mail | | |
| 12 - Justifications eternical ARTROSE DE JOELHO ESQUERDO ARTROSE DE JOELH | MARCUS VINICIUS DANIELI | | | | | | |
| ARTROSE DE JOELHO ESQUERDO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM OPME Soldiadas 15 - Tabela 14 - Codgo do Item 15 - Descrição 15 - Descrição 16 - Orgão 17 - Guide Soldiadas 18 - Valor Unidado Autorizado 20 - Valor Unidado Autorizado 21 - Referência do material no indicientes 22 - Referência do material no indicientes 23 - Referência do material no indicientes 24 - Regular ANTRA do material 2 | Dados da cirurgia | | | | | | |
| 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Cité. Solicitudo 18 - Valor Unitário Solicitudo 18 - Valor Unitário Solicitudo 23 - Nº Autorização de Funcionamento 23 - Nº Autorização 23 - Nº Autorização de Funcionamento 23 - Nº Autorização 23 - Autorizaç | ARTROSE DE JOELHO ESQUERDO ARTROSE DE JOELHO ESQUERDO | | | | | | |
| 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Cité. Solicitudo 18 - Valor Unitário Solicitudo 18 - Valor Unitário Solicitudo 23 - Nº Autorização de Funcionamento 23 - Nº Autorização 23 - Nº Autorização de Funcionamento 23 - Nº Autorização 23 - Autorizaç | | | | | | | |
| 22 - Referência do material 22 - Referência do material no fabricame 23 - Nº Autorização de Funcionamento 10 00 00132497 CIMENTO SIMPLEX 140011005 2 | | | | | | | |
| 80005430014 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT 1 | | | 22 - Referência do material no fat | | | | |
| 2- 76394123 SISTEMA DE JOELHO UNI KNEE OXFORD CIMENTADO - 166942 COMPO | 1- 00 00132497 | CIMENTO SIMPLEX 14001 | 1005 | <u> </u> | اراا,ا | 2 | |
| 2- 76394123 SISTEMA DE JOELHO UNI KNEE OXFORD CIMENTADO - 166942 COMPO | 80005430014 | ARTHROM COME | RCIO DE IMPLANTESORT | i i i i i | | | |
| 80044680227 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | 2- 76394123 | | | ,, ,, | 1111 | | |
| 3- 76394115 SISTEMA DE JOELHO UNI KNEE OXFORD CIMENTADO - 154721 COMPO | | | | · | III'II'II'II'II | | |
| 80044680227 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | - | | |
| 4- 76394476 SISTEMA DE JOELHO UNI KNEE OXFORD CIMENTADO - 159540 INSERT 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | | | | ' | | | |
| 80044680227 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | | | |
| 5- | 10001110 | | | 1 | , | _ _ 1 _ , | |
| 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 80044680227 | ARTHROM COMER | RCIO DE IMPLANTESOR <u>T </u> | | l_ | _ _ _ _ | |
| 25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 24/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED RIO C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 5- | _ _ _ | | _ | _ _ _ , | _ _ | |
| 25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 24/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED RIO C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | <u> _ _ _ _ _ _ _ _ </u> | | |
| 25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 24/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED RIO C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 6- _ | | | _ | | | |
| 25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 24/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED RIO C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | | | |
| 25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 24/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED RIO C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 24 - Especificação do material | | | | | | |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 24/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED RIO C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | | | |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 24/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED RIO C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 25 - Observações / Justificativa | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | | 28 - Assinatura do | Responsável pela Autorização | | |
| | //// | II | | | | | |