

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93597594

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora													
343269				93597594									
4 - Data da Autorização 5 - Senha 27/12/2023 11:02			93597594			alidade da Senha 02/03/2024							
Dados do Beneficiário	11.02		J.	337334		02/	03/2024						
7 - Número da Carteira				8 - Val	idade da Carte	ira	9 -	Atendimento	de RN				
9759005007472946	i			31/07	/2024			N					
50 - Nome Social													
10 - Nome													
EDSON ROMUALD			S										
Dados do Contratado 3 12 - Código na Operado)	13 -	Nome do Co	ontratado								
10.246.214/0001-04			11		RTOPEDIA	ESPECI	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissiona MARCUS VINICIUS							1			16 - Número do C	16 - Número do Conselho 18734		18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solicit	tado / Dad	dos da Int	ernação									
19 - Código na Operado		- 11			I / Local Solicit						11		ara Internação
10.246.214/0001-04					ORTOPEDIA ESPECIALIZ							2024 00:00 Previsão de uso de Quimioterápico	
22 - Caráter do Atendimer 1	ito 23 -	Tipo de Inte	ernaçao	24 - Regim	e de Internação 1	25 - G	tde. Diárias 2	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OF S	7ME 27 -	Previsao de i	N
28 - Indicação Clínica ARTROSE DE JOELH	O DIRET	-O											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2			10(2) (opci	(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			oença relacionada)
Procedimentos ou Iten	s Assister	L nciais Soli	citados	los									
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307260 2- 18 600003 3- 18 600005 4-	34 84	L L L L L L L L L L L L L L L L L L L	AR DIA	ARIA DE A	ACOMPANH APARTAME	ANTE CO	DM REFEI	CAO CON	IPLET	TRATAMENTO	CIR 1 2	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 2
Dados da autorização	Imicaão ha	onitolor I	40 Otdo	Diários Auto	rizadas	11 Tipo de	Acomodo	ão outorizad					
39 - Data provável da Admissão hospitalar 2 41 - Tipo de Acomodação autorizada 12													
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 27/12/2023 /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 Responsável 149 - A													



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referei	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		93597594		93597594	27/12/2023 11:02		93597594			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
9759005007472946										
8 - Nome										
EDSON ROMUALDO D										
Dados do Profissional Solici			I 40 Talafara	174	4 5					
9 - Nome do profissional solicit MARCUS VINICIUS DA			10 - Telefone		11 - E-mail					
	VICLI									
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica										
ARTROSE DE JOELHO DI ARTROSE DE JOELHO DI AUTORIZADO CONFORME	RETO									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		- Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricanto		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento					
1- 00 73990930			PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-	•		_ 1				
80044680277			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLED			-1 - 11				
2- 00 72397950	CIN	MENTO OSSEO PARA ORT	OPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDAF	RD C _ 2	_ _ _ ,	_ 2 _	,			
10243070064		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	A _ _ _						
3- 74906119	co		LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-0		,	_ 1 _	,			
80044680276			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD							
4- 00 74902318	INS		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 0		,	_ 1	_,			
80044680272 5-		ARTHROW COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	A _ _ _ _						
	- 					_	,			
		I—I—I—I—I—I—		·		 -	_ _ , _			
	_,,,, _			 						
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 27	/12/2023 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa	ı / Titular: UNIMED DO ESTAI	DO DO PARANA					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do P	rofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização					