

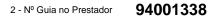
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94001338

(Via HOSPITAL)

1 "	Número da Guia	a Atribuído	pela Opera	adora				4000				
343269	5 - Senha			6 - Data de Vali	dodo do (Canha	9400	1338				
4 - Data da Autorização 07/02/2024 10:	i i		4001338	6 - Data de Vall		04/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira												
50 - Nome Social												
10 - Nome JOSE APARECIDO BORELI JUNIOR												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		11	Nome do C									
78.614.971/0001-19		IRM	MANDADI	E DA SANTA	CASAI			. 10			1	
14 - Nome do Profissional Solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI						15 - Conselho Profissional 16 - Número do 24650			16 - Número do (24650	Conselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S			-									
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida 26/02/2024 00 26/02/2024 00 27 - Data sugerida 26/02/2024 00 27 - Data sugerida 27 - Data sugerida 28/02/2024 00 28/02/2024 28/02/202												
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regim	ne de Internação	25 - Q	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Prev	visão de uso de Ol	PME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica DOR NO QUADRIL DIREIT	<u> </u>											
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)												
											9	
Procedimentos ou Itens As												
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30724058 2- 18 60000805 3-	o Procedimento	AR	ARIA DE	STIA (QUALQ QUARTO COL	ETIVO	DE 2 LEI	TOS COM	BANHE	EIRO PRIVATI	ATA 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizad	а				
			1	1								
							44 - Código CNES 2580055					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 07/02/2024 /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												



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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	iciada	4 - Senha	- Senha			6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		94001338			94001338	07/02/2024 10:17		94001338	
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
9750000007112494									
8 - Nome									
JOSE APARECIDO BO	RELI JUNIOR								
Dados do Profissional Solici									
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone		1	1 - E-mail			
MAURICIO RODRIGUE	S MIYASAKI								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica DOR NO QUADRIL DIREITO DOR NO QUADRIL DIREITO AUTORIZADO CONFORME	O ARTROSE AVANÇADA								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater			23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4		
1- 73997463 80044680304	HA		MENTADA - 00-7711-009-20	DICOSI TDA	1 -	_ ,	_ 1	,	
2- 73984736	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMN						1	_ ,	
80044680259					' -		_ '	IIIII	
3- 74004379							_ 1		
80044680330	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				<u> -</u> 		_1 .	ı—ı—ı—ı"ı—ı—ı	
4- 00506605	CIMENTO OSSEO RADIOPACO SIMPLEX DOSE T			20ML LIQ. + 40G			2	_ ,	
80005430445	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT				.—. 		_ .		
5- 00 74900994	CUI	PULA ACETABULAR MET	ALICA ZIMMER - 00-6200-05	0-20 - CUPULA	1	,	_ 1	,	
80044680269		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPE	DICOSLTDA		_ _ _			
6- _					I—I I—I—I		_ _	_ _ _ ,	
			.	_ _ _					
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 07/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante			28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização			
20 Data da Obilottação	21 - Assiliatura do F1	oncolonal dollollarite			20 - Assiriatura ut	ο πουροποίενοι μοιά παιοπείαφαυ			