

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93783551

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3-343269	Número da Guia A	Atribuído pela Opera	dora		02702	.EE4				
	II. S. O. II.		[la la la Ocalia	93783	5551				
4 - Data da Autorização 18/01/2024 11	5 - Senha	93783551	6 - Data de Valid	22/03/2024						
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		8 - Va	lidade da Carteira	9 -	Atendimento d	de RN				
9750000017104435					N					
50 - Nome Social										
10 - Nome OTAVIO MARCHEZIN	ı									
Dados do Contratado Soli										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do C		SPECIALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional So		7		15 - Cons	15 - Conselho Profissional 16 - Número do Co			onselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Local						[17500][220210
19 - Código na Operadora /		0 - Nome do Hospita	al / Local Solicitado	<u> </u>			11	21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04	u	INIORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA LT	DA				2024 00:0	-
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Interi	nação 24 - Regim	ie de Internação 1	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas	26 - Pre	visão de uso de OPN S	1E 27 -	Previsão de I	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM	J L			4 L						
29 - CID 10 Principal (opcior	nal) 30 - CID 10	(2) (opcional)	1 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opciona	al) (33 - Indicação de Ac	idente (a	cidente ou d	oença relacionada)
									9	
Procedimentos ou Itens A 34 - Tabela 35 - Código	do Procedimento							37	- Otde Soli	c. 38 - Otde. Aut.
1- 22 30726034	do i roccamento		STIA TOTAL D	E JOELHO CO	I IMPLANT	ES - T	RATAMENTO C		Qtue: Ooii	1
2- 18 60000384		DIARIA DE	ACOMPANHAN	ITE COM REFE	CAO COMP	PLETA	\	1		1
3- 18 60000805 4-		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2 LE	TOS COM E	BANHI	EIRO PRIVATIVO	O 3		3
Dados da autorização 39 - Data provável da Admis	são hospitalar 4	0 - Qtde Diárias Aut	orizadas 141	- Tipo de Acomoda	an autorizada					
Joe - Data provavel da Admis	sau nospitalar 4	0 - Qtde Diarias Aut 3	orizadas 41 -	- Tipo de Acomoda	,ao autorizada					
42 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizado	11	ospital / Local Auto	orizado SPECIALIZADA	LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 18/01/2024 /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 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		93783551		93783551	18/01/2024 11:59		93783551
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
9750000017104435		29 - Nome Social					
8 - Nome OTAVIO MARCHEZINI							
Dados do Profissional Solid	itante						
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM / INDICAÇAO CLINICA EM / AUTORIZADO CONFORM	ANEXO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autoriza	ada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 74906119		22 - Referência do mate	ALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1	_ ,
80044680276	001		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ 		_ '	
2- 74902318	INS		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	1		1	,
80044680272		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _			1-1-1-1/1-1-1
3- 00 73990930	COI	MPONENTE FEMORAL O	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01	<u> </u> 1	_ _ _ ,	_ 1	,
80044680277		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _	_ _ _		
4- 00 72397950	CIM	ENTO OSSEO PARA OR	TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2	_ _ _ ,	_ 2	_ _ , _
10243070064		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _		
5- _ _	_ _ _		 		_	_ _	_ _ , _
	_ _ _				_ _ _ _	_ _	
6- .	_ _ _				_	_	,
24 - Especificação do Materia							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 18/	01/2024 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titul	ar: UNIMED DO ESTA	DO DO PARANA		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização		