

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94706955

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora													
343269	94706955												
4 - Data da Autorização 5 - Senha 09/04/2024 16:03		9470	94706955 6 - Data de Validade da		Senha /06/2024								
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira				8 - Vali	dade da Carteir	ra	9 -	Atendiment					
9750000018073452								N					
50 - Nome Social													
10 - Nome JOSE FERNANDO	10 - Nome JOSE FERNANDO CONTIERO PEREIRA												
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado													
10.246.214/0001-04			UNIO	RT E O	RTOPEDIA	ESPECI	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissiona MAURICIO RODRIO					15 - Conselho Profissional 06			onal	16 - Número do Conselho 24650		17 - UF	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Lo	cal Solicita	ado / Dados	s da Interr	nação									
19 - Código na Operador 10.246.214/0001-04		- 11			I / Local Solicita PEDIA ESP		ZADA LT	DA			11	a sugerida p 2024 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimen	to 23 -	Tipo de Intern	nação 24	4 - Regime	e de Internação	25 - C	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OP	ME 27 -	Previsão de I	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica					-								
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2			(2) (opciona) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relaciona 9		oença relacionada)		
Procedimentos ou Iten	s Assisten	nciais Solicit	tados										
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307240 2- 18 600008 3-	58	cedimento	ARTF	IA DE (QUARTO CO	OLETIVO	DE 2 LEI	TOS COM	I BANH	QUADRIL) - TRA	ATA 1 /O 1	- Qtde. Soli	C. 38 - Qtde. Aut. 1 1
Dados da autorização													
39 - Data provável da Admissão hospitalar de 1 du - Qtde Diárias Autorizadas de 1 du - Tipo de Acomodação autorizada de 1 du - Tipo de Acomodaçõe autorizada de 1 du - Tipo de Acomodaçõe autorizada de 1 du - Tipo de Acomodaçõe autorizada de 1 du -													
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código 6528104							44 - Código CNES 6528104						
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/04/2024 /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 Responsável 149 - A													



Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 94706955	4 - Senha	94706955	5 - Data da Autorização 09/04/2024 16:03	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	06955			
Dados do Beneficiário		0 11 00000			0070 11202 1 10100					
7 - Número da Carteira	1	29 - Nome Social								
9750000018073452										
8 - Nome										
JOSE FERNANDO CON	ITIERO PEREIRA									
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 esquerdo rad dor no quadril esquerdo rad AUTORIZADO CONFORME	iografia mostra artrose									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Auto	orizado			
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 73997463		22 - Referência do mater	rial no fabricante MENTADA - 00-7711-009-20	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1	.			
80044680304	IIA		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	' 	- -	_ 1	-'			
2- 74004425	CAI		ERAMICA ZIMMER - 00-8777-032-01			1				
80044680330	-		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. <u></u> ,			_			
3- 74899910	CUI	PULA ACETABULAR MET	ALICA ZIMMER - 00-8753-048-01 - CUPULA			_ 1	_,			
80044680269		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	· · ·						
4- 73984736	ACI	ETABULO POLIETILENO	IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8	1	,	_ 1	_			
80044680259		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
5- _	_				_ _ _ , _	_	_			
					_ _ _ _ _	_ _	_			
6-	-				_	_!_,	-			
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA										
Toloring Communication (10)00.12 0000 / 1										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					