

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94443450

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N	Número da Guia At	ribuído pela Opera	adora							
343269					94443	3450				
4 - Data da Autorização 18/03/2024 09:	5 - Senha	94443450	6 - Data de Valid	dade da Senha 19/05/2024						
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN										
0320000077173040					N					
50 - Nome Social										
10 - Nome JACQUELINE GRANAI	OO RAMIREZ	BAPTISTA								
Dados do Contratado Solici										
12 - Código na Operadora		13 - Nome do C								
10.246.214/0001-04		UNIORT E	ORTOPEDIA ES	SPECIALIZADA		112	16 - Número do Co		[47 UE]	[40, 01 F., 070
14 - Nome do Profissional Sol JOAO PAULO FERNAN		EIRO		06	11 11			inseino	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operadora / Cl	NPJ 20	- Nome do Hospita	al / Local Solicitado	0				21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04	U	NIORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA LT	DA			08/04/2	024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Intern	ação 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas	26 - Prev	isão de uso de OPN S	ЛЕ 27 - F	Previsão de I	uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica	•									14
29 - CID 10 Principal (opciona	30 - CID 10(2) (opcional) 3	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opciona	al) 30	3 - Indicação de A		dente ou d 9	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens Ass										
34 - Tabela 35 - Código do	Procedimento	DIARIA DE	APARTAMENT	E JOELHO COI					- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 2
39 - Data provável da Admissa	ão hospitalar 40	- Qtde Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de Acomoda	ção autorizada	a				
		2	12							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPEC					LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 18/03/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS 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 2 - Nº Guia no Prestador 94443450 MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	•	
343269		94443450		94443450	18/03/2024 09:57		94443450
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0320000077173040							
8 - Nome		1					
JACQUELINE GRANAI	OO RAMIREZ BAPTIST	ΓΑ					
Dados do Profissional Solic	itante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	- E-mail		
JOAO PAULO FERNAI	IDES GUERREIRO						
Dados da cirurgia							
	0101800 ARTROSE GRA	AVE EM JOELHO DIREITO AVE EM JOELHO DIREITO					
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20) - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fat				23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 72397950	CIN		OPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	<u> </u>	_ _ _ ,	_ 2	_ ,
10243070064			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 74904590 INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO CO				1	, ,	_ 1	,
80044680272		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
74896717 COMPONENTE TIBIAL METALICO P			LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C	1	_ _ _ ,	_ 1	,
80044680257		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _ _		
- 73991953 COMPONENTE FEMORAL OPTION CO			TION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52	1	_ _ _ ,	_ 1	,
80044680277		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_		
5- _	_ _ _				_	_	_,
	_ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _ _	_	
6- _	_ _ _				_	_	,
						_	
24 - Especificação do Materia							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 18/	/03/2024 /AUTORIZADO CON	FORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titul	ar: UNIMED CURITIBA	A SOCIEDADE COOPERATIVA D	E MEDICOS	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		