



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94443450**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94443450
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------

4 - Data da Autorização 18/03/2024 09:57	5 - Senha 94443450	6 - Data de Validade da Senha 19/05/2024
----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0320000077173040	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---------------------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome JACQUELINE GRANADO RAMIREZ BAPTISTA

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA
-------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------

14 - Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 28617	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
--------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 08/04/2024 00:00
--------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação I	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
-----------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------------	------------------------------------------	----------------------------------------------------

28 - Indicação Clínica REVALIDAÇÃO DA GUIA 90101800 ARTROSE GRAVE EM JOELHO DIREITO

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 Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30726034	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR	1	1
2- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	2	2
3-		_____		
4-		_____		
5-		_____		
6-		_____		
7-		_____		
8-		_____		
9-		_____		
10-		_____		
11-		_____		
12-		_____		

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 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 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
--------------------------	---------------------------------------------	------------------------------------------------	-------------------------------------------------

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94443450	4 - Senha 94443450	5 - Data da Autorização 18/03/2024 09:57	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94443450
-----------------------------------	----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0320000077173040	29 - Nome Social

8 - Nome
JACQUELINE GRANADO RAMIREZ BAPTISTA

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia
<p>12 - Justificativa técnica</p> <p>REVALIDAÇÃO DA GUIA 90101800 - ARTROSE GRAVE EM JOELHO DIREITO</p> <p>REVALIDAÇÃO DA GUIA 90101800 ARTROSE GRAVE EM JOELHO DIREITO</p> <p>AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM</p>

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - 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

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---------------------------------------------	-------------------------------------------------