

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95780687

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	s - Número da Gi	uia Atribuído	pela Opera	idora			957806	687				
4 - Data da Autorização	5 - Sen	ha		6 - Data de Valid	dade da Se	enha						
11/07/2024 1	8:36	9	5780687		21/0	9/2024						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
7 - Numero da Carteira												
50 - Nome Social												
10 - Nome MARIA MARTA FIUMARO												
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado												
10.246.214/0001-04												
14 - Nome do Profissional					- 11		ho Profission	- 11	- Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
JOAO PAULO FERN						06		28	617		41	225270
Dados do Hospital / Loca 19 - Código na Operadora			,	al / Local Solicitad	0					21 - Data	sugarida r	ara Internação
10.246.214/0001-04	OIVI U	11		OPEDIA ESPE		ADA LTD	Α				2024 00:0	-
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de I	nternação	24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtd	le. Diárias S	iolicitadas 2	?6 - Previsã	io de uso de OP	ME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica	С	;		1		2			S			N
ARTROSE GRAVE DE JOELHO ESQUERDO COM DOR INTRATAVEL 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												
_	do Procedimen		- Descrição	0714 70741 0	- 10FI	10.0014			TAMENTO (- Qtde. Sol	
1- 22 3072603- 2- 18 6000038- 3- 18 6000080- 4-	4	DI	ARIA DE A	STIA TOTAL D	NTE COM	M REFEIC DE 2 LEIT	CAO COMP	LETA ANHEIR	O PRIVATIV	1		1 1 2 _ _ _
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada												
			2	1				_				
								44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS												
46 - Data da Solicitação	47 -	Assinatura (do Profission	nai Solicitante	48 - Assina	atura do Be	neticiario ou l	Kesponsá [,]	vei 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador



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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribu	iído nela Oneradora				
343269	3 - Numero da Odia Neleren	95780687	14 - Octilia	95780687	11/07/2024 18:36	o i vamero da Gala atribo	95780687				
Dados do Beneficiário					1 1/01/2021 10:00						
7 - Número da Carteira	1	29 - Nome Social									
0320000086537660											
8 - Nome											
MARIA MARTA FIUMARO											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	1.	I - E-mail						
JOAO PAULO FERNA	NDES GUERREIRO										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica ARTROSE GRAVE DE JO ARTROSE GRAVE DE JO AUTORIZADO CONFORM	ELHO ESQUERDO COM										
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição	ial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento							
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fal 1- 00 72397950 CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDI			TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C			_ 2					
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	-		-1 -	11117111				
2- 73991953 COMPONENTE FEMORAL OPTION (PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52	<u> </u>	_ _ _ ,	_ 1	,				
80044680277 ARTHROM COMERCIO DE IN			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
3- 74904590 INSERTO ARTICULAR DE POLIETIL			DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	<u> _</u> 1	_ _ _ ,	_ 1	_ _ , _				
80044680272		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _ _						
4- 74896717	COI		LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C	<u> 1</u>	_ _ _ ,	_ 1	,				
80044680257		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
5-	_ _ _				_	-l	,				
6-	 	IIIIII				' 					
	 				_ _ _ _ _ _ _	 -	1-1-1-1-1/1-1-1				
24 - Especificação do Materia											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	Responsável pela Autorização						
	- /			20 / 100			•				