

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93987562

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - 343269	Número da Guia	Atribuído pe	ela Operad	dora			9398	7562				
4 - Data da Autorização	5 - Senha			6 - Data de Valid		1						
06/02/2024 11:09 93987562 09/04/2024  Dades de Repoficiório												
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira   9 - Atendimento de RN												
9759005005370020							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome JULIANA MURCIA SOUZA IKOMA												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissional So	licitante			TO EDIA E	0. 20.		elho Profissio	onal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS					06 22343			22343	41 225270			
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	los da Interr	nação									
19 - Código na Operadora / C	11			I / Local Solicitad						11		ara Internação
				ORTOPEDIA ESPECIALIZAD						10/02/2024 00:00   OPME   27 - Previsão de uso de Quimiote		
22 - Caráter do Atendimento  1  28 - Indicação Clínica	C C	ernação   2	4 - Kegime	de Internação  1	25 - Q1	1	Solicitadas	26 - Pre	visão de uso de OP <b>S</b>	ME   27 -	Previsão de	N
INDICAÇAO CLINICA EM	ANEXU											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)			nal) 31	31 - CID 10(3) (opcional) 32 - 0			CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de A			Acidente (acidente ou doença relacionada)  9		
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	citados										
34 - Tabela   35 - Código do	o Procedimento	TRAN HALL OSTE	LUX VAL EOTOMI RIA DE <i>A</i>	APARTAMENT	) - TRA <sup>-</sup> ARTRO TO SIMI	TAMENTO SE DOS PLES	O CIRURG METATAR	ICO ISOS/F	CIRURGICO ALANGES - TF	2 2	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 2 2 8 1
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde Dia	iárias Auto	rizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizad	а				
			1	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 0 6528104							44 - Código CNES <b>6528104</b>					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/02/2024 /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

Unimed A

					_						
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído						
343269	93987562		93987562	06/02/2024 11:09		93987562					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social										
9759005005370020											
8 - Nome											
JULIANA MURCIA SOL	JZA IKOMA										
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail											
CESAR EDUARDO CA	STRO FERREIRA MARTINS										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A AUTORIZADO CONFORMI	NEXO										
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do I				. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	0 - Valor Unitário Autorizado					
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento							
1- 00 00193178	FIO KIRSCHNER 0,8X300MM	40012300080	4	,  ,	_  4	,					
10223680050											
2- 00 00781401	LAMINA MICRO SERRA SS 0	111 A 9,4X31MM 792810000	_  1	,	_  1	_ _ , _					
80356130059	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_							
3- <b>75607522</b>	PARAFUSOS DE COMPRESS	SAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES F	4	,	_  4	,					
81118460005	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_							
4- 00947210	PARAFUSO COMPRESSAO S	SNAP 2,0X11MM P01.020.011	6	_ _ _ ,	_  6	,					
10314800071	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_							
5- <b>70437653</b>	PARAFUSOS NAO ABSORVI	VEIS, CANULADOS, PARA PEQUENOS E G	2	_ _ _ ,	_  2	_ _ , _					
10314800053	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_							
6-   _	_ _ _		_   _ _	_	_	_ ,					
				_	_						
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização							
	II.		H								