

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91143156

(Via HOSPITAL)

343269	Número da Guia		pela Opera				91143156				
4 - Data da Autorização 10/05/2023 16:	5 - Senha		1143156	6 - Data de Va		Senha 07/2023					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			- 11	ilidade da Carteir	ra	9 - A	tendimento de RN	١			
9750000017107698 31/01/2023 N											
10 - Nome TEREZINHA DE JESUS FREIRE											
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado											
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11		Ontratado ORTOPEDIA I	ESPECI/	ALIZADA	LTDA				
14 - Nome do Profissional So	licitante						ho Profissional	16 - Número do C	Conselho 17	- UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA					İ	06 28281			41	ı -	225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Da	dos da Inte	ernação		_						
19 - Código na Operadora / C	NPJ			al / Local Solicita					21 - Data sug		-
10.246.214/0001-04					PECIALIZADA LTDA 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pr			25/05/2023 Previsão de uso de OPME 27 - Previs			
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Int	ternação	24 - Regim	ne de Internação	25 - Q1	de. Diárias S	folicitadas 26 - P	revisão de uso de OF	PME 27 - Previ		o de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica M170 GONARTROSE EM	JOELHO DIRE	EITO LIMI	ITAÇÃO F	UNCIONAL JO	ELHO EM	IVARO A	LBACK III				
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)											
Procedimentos ou Itens As	eistanciais Sol	icitados							9		
1- 22 30726034 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4-	o Procedimento	AR DI <i>A</i>	ARIA DE	ACOMPANHA QUARTO CO	ANTE CO	M REFEIC DE 2 LEIT	CAO COMPLET OS COM BAN	HEIRO PRIVATI	CIR 1 1	 	38 - Qtde. Aut. 1 1 3
Dados da autorização 39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	torizadas 4	1 - Tipo de	Acomodacã	o autorizada				
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	-,		3	1							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado						ALIZADA	LTDA			- 11	4 - Código CNES 5528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/05/2023 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / MEDICO DE ACORDO / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
46 - Data da Solicitação	47 - A	ssınatura d	io Profissioi	nal Solicitante	48 - Assii	natura do Be	neticiario ou Resp	onsavel 49 - As	sınatura do Res _l	onsável	pela Autorização



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

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referen	•	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuíd	
343269		91143156		91143156	10/05/2023 16:35		91143156
Dados do Beneficiário		T					
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
9750000017107698							
8 - Nome TEREZINHA DE JESUS	FREIRE						
Dados do Profissional Solic	tante						
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA			[]			
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica PACIENTE COM ARTROS M170 GONARTROSE EM J	OELHO DIREITO LIMITA	EMJOELHO DIREITO, EVOI ÇÃO FUNCIONAL JOELHO :D DE ORIGEM / MEDICO DI		NAL. INDICO TRATAMEN	NTO CIRURGICO COM ARTROP	LASTIA TOTAL DE JOELH	10.
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricanto	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 76362205			PTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 C	23 - N° Autorização		1	
80175510047			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		<u> </u>	-l '	₁
2- 74907263	CO		LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-01 CO	1		1	
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1	111711
3- 75999080	INS	ERTO ARTICULAR DE PO	DLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-595	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		1	
80044680258		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.—. _ _ _			1111/111
4- 00 72397888	CIM	IENTO OSSEO PARA OR	TOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G	i _ 1	_ _	_ 1	_ _ , _
10243070062 ARTHROM COMERCIO D			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5- _				_ _ _	_ _ _ ,	_	,
	_ _ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
6- _	_			- _ .	_	_	,
	_ _ _					_ _	
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa	272 0000 / Emitido om 10	OF 2002 /DADCIAL MENTE A	LITORIZADO CONEORME LINIMED DE ODICE	M/MEDICO DE ACORD	O / Empress / Titulary LINIMED D	O ESTADO DO DADANA	
Telefone Contratado: (43)3	27 - Assinatura do Pr		UTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGE		o Responsável pela Autorização	J LSTADO DO PARANA	
				H			