

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95765734

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95765734									
4 - Data da Autorização 5	- Senha		6 - Data de Validade d	la Senha					
10/07/2024 16:59		95765734	(9/09/2024					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		l a Val	idade da Carteira	O Atond	imento de RN				
9750000013670398		O - Val	idade da Cartella	j 9 - Ateria	N				
50 - Nome Social									
10 - Nome									
ALZIRA BATISTA STOPA									
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	++	3 - Nome do Co	ontratado RTOPEDIA ESPE						
14 - Nome do Profissional Solicitante		INIORIEO	RTOPEDIA ESPE	15 - Conselho P		16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
JOAO PAULO FERNANDES	GUERREIR	0		06	· oneoionai	28617	0.1001110	41	225270
Dados do Hospital / Local Solicitad	do / Dados da	Internação							
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04	11		I / Local Solicitado PEDIA ESPECIAI	IZADA I TDA			11	sugerida p	ara Internação
	oo de Internação			- Qtde. Diárias Solicita	adas 26 - Pr	revisão de uso de OP			uso de Quimioterápico
1	С		1	2		S			N
28 - Indicação Clínica ARTROSE GRAVE DE JOELHO D	NIDEITO CON	A DOD INTDA	TAVEL						
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 -		1 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença		loença relacionada)	
Procedimentos ou Itens Assistenci	iais Solicitados	L s							
34 - Tabela 35 - Código do Proced 1 - 22 30726034 2 - 18 60000384 3 - 18 60000805 4 -	ı	DIARIA DE A	STIA TOTAL DE JO COMPANHANTE (QUARTO COLETIV	COM REFEICAO O DE 2 LEITOS	COMPLET.	A HEIRO PRIVATIV	CIR 1 1/O 2	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 2
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admissão hospitalar do - Qtde Diárias Autorizadas 2 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1									
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									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/07/2024 /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 Responsável pela Autorização									



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

Unimed A

4. Danietra ANC	Nómeno de Cuia Deferen		Carlo		I C Data da Autoriana a	C. Número de Onio estilonida	
1 - Registro ANS 343269	- Número da Guia Referer	95765734	- Senha	95765734	5 - Data da Autorização 10/07/2024 16:59	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
		95/05/34		95/05/34	10/07/2024 10.59		95765734
Dados do Beneficiário		Loo. New Control					
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
9750000013670398							
8 - Nome							
ALZIRA BATISTA STOP	Α						
Dados do Profissional Solicita	nte						
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica ARTROSE GRAVE DE JOELI ARTROSE GRAVE DE JOELI AUTORIZADO CONFORME I	HO DIREITO COM DOF						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Ma	iterial 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Materia	al	22 - Referência do material	no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 72397950	CIM		PEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2	, ,	_ 2	_ _ _ ,
10243070064			O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _		
- 73991953 COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-599				<u> </u>	_ _ _ ,	_ 1	_ _ , _
80044680277			O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3- 74904590	INS		IETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	1		_ 1	_ ,
80044680272			O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- 74896717	СО		CO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C	<u> </u>		_ 1	_ ,
80044680257		ARTHROM COMERCIC	D DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5-					_	-	,
	-		_ _ _		_ _ _ _	_	
6-	 				_	_	_ _ , _
04	-					<u>- </u>	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
•	72-0900 / Emitido em 10/	07/2024 /AUTORIZADO CONF	FORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titula	r: UNIMED DO ESTAI	OO DO PARANA		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		