

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

9191/131

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 91917131 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 19/07/2023 13:34 91917131 17/09/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000032474639 28/09/2025 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **BASILIO ANTONIO FELICIO** Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 28617 225270 **JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO** 06 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 31/07/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico C 1 3 S Ν 28 - Indicação Clínica ARTROSE SEVERA EM JOELHO ESQUERDO 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 Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30726034 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1 1 2- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 3 3 3- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 3 4- |\_\_|\_| 6- |\_\_|\_\_| 11-12-\_\_\_ I I I I II I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/07/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



## 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	
343269	91917131		91917131	19/07/2023 13:34		91917131
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000032474639						
8 - Nome	·					
BASILIO ANTONIO FEI	ICIO					
Dados do Profissional Solic						
9 - Nome do profissional solicitante		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica ARTROSE SEVERA EM JC ARTROSE SEVERA EM JC						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4	
1- <b>00</b> 73990930 80044680277		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1	,
2- <b>00 74906119</b>		ALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO	_ _ _ _ _        1		1 4	
80044680276		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1	,
3- <b>74902318</b> <b>80044680272</b>		OLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1	,
4- 72397888		RTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G	_ _ _ _ _        2			
10243070062		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>  2                                   </u>		_  2	,
5	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESON TOPEDICOSLIDA				
<sup>3-</sup>					_	,
					!! 	_ _ _ ,
				!	-I	I
24 - Especificação do Material						
,						
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/07/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
,						