

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95367740

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia A	Atribuído pela Opera	adora							
1 - Registro ANS 343269 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 9536774						740				
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid							
05/06/2024 17	:39	95367740		05/08/2024						
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira  8 - Validade da Carteira  9 - Atendimento de RN										
7 - Número da Carteira 9750000016955814		0 - Va	alidade da Carteira	9-	N	e Kin				
50 - Nome Social										
10 - Nome										
HELENA TIMIYO MIYA	AJI DANIEL									
Dados do Contratado Solid	citante	140 Name de C	\							
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do C		SPECIALIZAD <i>A</i>	LTDA					
14 - Nome do Profissional So	licitante				elho Profissiona	al 16 - Núr	nero do Cons	selho 17	- UF ]	18 - Código CBO
MARCUS VINICIUS DA				06		+1	18734		- 11	225270
Dados do Hospital / Local 3	Solicitado / Dado	os da Internação								
19 - Código na Operadora / C	11	20 - Nome do Hospit					- 11	_		ra Internação
10.246.214/0001-04		JNIORT E ORT						7/06/2024		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inter	nação   24 - Regin	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas   2	26 - Previsão de S	uso de OPME	27 - Previs		o de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica			<u> </u>							
29 - CID 10 Principal (opciona	al) 30 - CID 10	D(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opcional	l) 33 - Indic	ação de Acid	lente (acident 9	te ou do	ença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	esistenciais Solici	itados						<u> </u>		
34 - Tabela 35 - Código d		36 - Descrição						37 - Qtd	e. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22 30726034				E JOELHO COM			IENTO CIR			1
2- 18 60000384 3- 18 60000805				NTE COM REFE ETIVO DE 2 LEI			RIVATIVO	1 2		1 2
4-								-		
Dados da autorização  39 - Data provável da Admiss	são hospitalar 14	I0 - Qtde Diárias Au	torizadas 141	- Tipo de Acomoda	cão autorizado	7				
55 - Data provaver da Adrilliss	ao nospilaidi    4	<b>2</b>	10112adas   41 -	TIPO de Acomoda	guo autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECI					A LTDA				- 11	4 - Código CNES 5528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/06/2024 / 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										



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer		<del> </del>		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuíd	Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		95367740		95367740	05/06/2024 17:39		95367740			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social										
9750000016955814										
8 - Nome		_								
HELENA TIMIYO MIYA	JI DANIEL									
Dados do Profissional Solid	itante									
9 - Nome do profissional solici	itante		10 - Telefone	1:	1 - E-mail					
MARCUS VINICIUS DA	NIELI									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica REVALIDAÇÃO DA GUIA REVALIDAÇÃO DA GUIA										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição			16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado					
1- <b>00 72397950</b>	21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no f			23 - Nº Autorização DARD C	de Funcionamento	_  2	,			
10243070064			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	·	_   -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -	_  4				
2- 74904590	INS		LIETILENO COM RESTRICAO FIXO			1	,			
80044680272	_		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	·—-		<b>—</b> •	1			
3- <b>74896717</b>	СО	MPONENTE TIBIAL META	LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-0	037-01 C    1		_  1				
80044680257		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	.TDA  _ _ _ _						
4- 73991953	CO	MPONENTE FEMORAL O	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-0	14-52    1	,  ,	_  1	,			
80044680277		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	.TDA  _ _ _ _						
5-				_   _	_	_ _	_,			
	_ _ _	_ _ _			_ _ _ _ _	_				
6-   _   _   _   _   _   _   _   _   _	_ _ _				_	_	_ _ , _			
24 - Especificação do Materia				<u>             </u>						
24 - Especificação do Materia	'									
25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3	3372-0900 / Emitido em 05/	/06/2024 / Empresa / Titular:	JNIMED DO ESTADO DO PARANA							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização					