

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93606429

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuíd	do pela Operadora							
343269		93606429						
4 - Data da Autorização 5 - Senha 28/12/2023 14:23	93606429 6 - Data de Validade da S	Senha 03/2024						
Dados do Beneficiário	O Validada da Cartaira	O Atandinanta da DNI						
7 - Número da Carteira 9750000011526354	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN						
50 - Nome Social								
10 - Nome CARLOS CESAR FIUZA DA SILVA								
Dados do Contratado Solicitante								
l	- Nome do Contratado							
	NIORT E ORTOPEDIA ESPECIA			" 15- 15- 15- 07- 000				
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Con 17905	selho 17 - UF 18 - Código CBO 225270					
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Ir	•		1					
1 11	me do Hospital / Local Solicitado RT E ORTOPEDIA ESPECIALIZ	ADA LTDA	11	21 - Data sugerida para Internação 03/01/2024 00:00				
22 - Caráter do Atendimento 1 23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1 25 - Qu	tde. Diárias Solicitadas 1 26 - Pr	evisão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N				
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO								
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (op	ocional) 31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de Aci	dente (acidente ou doença relacionada)				
, , ,	, , , , , ,		,	9				
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				07. 011. 0.15. 00. 011. 4.4				
1- 22 30726190 LE 2- 22 30733065 RI 3- 22 30733073 RI 4- 22 30731216 TF 5- 18 60000805 DI	6 - Descrição ESOES LIGAMENTARES PERIFI EPARO OU SUTURA DE UM ME ECONSTRUCAO, RETENCIONA RANSPOSICAO DE MAIS DE 1 T IARIA DE QUARTO COLETIVO LUGUELTAXA DE APARELHO /	NISCO - PROCEDIMENT MENTO OU REFORCO D ENDAO - TRATAMENTO DE 2 LEITOS COM BANH	O VIDEOARTROS O LIGAMENTO CI CIRURGICO IEIRO PRIVATIVO RTROSCOPIA PA	C 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				
	de Diárias Autorizadas 41 - Tipo de	Acomodação autorizada						
	1 1							
1	- Nome do Hospital / Local Autorizado NIORT E ORTOPEDIA ESPECIA	ALIZADA LTDA		44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/12/2023 /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								



Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 93606429	4 - Senha	9	93606429	5 - Data da Autorização 28/12/2023 14:23	6 - Número da Guia atribu	iído pela Operadora 93606429	
Dados do Beneficiário 29 - Nome Social 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social									
8 - Nome CARLOS CESAR FIUZA	A DA SILVA								
Dados do Profissional Solici	tante								
9 - Nome do profissional solicitante		10 - Telefone		11	- E-mail				
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ									
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A AUTORIZADO CONFORME	NEXO								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante			. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicide Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada	a 20 - Valor Unitário Autorizado	
1- 72466146 10417940137		ANCORA COM APLICADOR DESCARTAVEL - 2831-027/ 39.44.04.0		4.00027 -	1	_ _ _ ,	_ 1	,	
2- 00 70627657 10208610040	PLA	PLACA ENDOBOTTON PARA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		0011 PLA					
3- 00	PAF	PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
4- 00 75809311 80777280107	CAN	IULA DE DEBRIDAÇÃO 1	TP - 160 01 04 08 TIPO 01 3,5 X 120 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	MM, CM _			_ 1	_ _ _ ,	
5- <u> </u>							_	,	
					·	_	 -	_ _ , _	
			- -	_ _	.	_	_		
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	372-0900 / Emitido em 28/	12/2023 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Emp	resa / Titular: UNIMED [DO ESTADO	O DO PARANA			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - A	Assinatura do	Responsável pela Autorização			