

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95524204

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora													
343269	95524204												
4 - Data da Autorização 19/06/2024 15:23		95	6 - Data de Validade da 95524204 25			Senha /08/2024							
Dados do Beneficiário	.0.20			02 120 1									
7 - Número da Carteira				8 - Val	idade da Carteir	a	9 -	Atendimento	de RN				
0320000076939782	!							N					
50 - Nome Social													
10 - Nome													
ISABELA BEATRIZ	MARK	US ROSA											
Dados do Contratado S	Solicitante	;											
12 - Código na Operador 10.246.214/0001-04			11	Nome do Co	ontratado RTOPEDIA I	ECDECI	A L 17 A D A	LTDA					
14 - Nome do Profissiona		to	UNI	OKIEU	RIOPEDIA	ESPECI			nal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE C			Σ				15 - Conselho Profissional 06			17905		41	225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solicit	tado / Dado	s da Inte	ernação									
19 - Código na Operador		11		•	I / Local Solicita		745417	D.4			11		ara Internação
10.246.214/0001-04				ORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZ							2024 00:00 Previsão de uso de Quimioterápico		
22 - Caráter do Atendimen	to 23 -	Tipo de Interi C	nação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - G	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OP S	ME 27 - I	Previsão de i	nso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica DOR LIMITAÇAO PAI											I		
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			(2) (opcid	(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacion			oença relacionada)	
Procedimentos ou Iten	s Assister	nciais Solici	tados									<u> </u>	
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307330 2- 22 307330 3- 98 080110 4- 18 600003 5-	65 30 81	cedimento	REI CO PC	NDROPL T ARTRO RIA DE A	ASTIA (COM SCOPIA DE A ACOMPANHA	REMOO JOELHO ANTE CO	CAO DE C O UNIORT DM REFEI	ORPOS LI E - ENF CAO CON	IPLET	O VIDEOARTRO) - PROCEDIME A	DSC 1 NTO 1 1 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
11- 12-	 	_ _									_	_ _	_ _
Dados da autorização			0.0.1	D://: 1				~	_				
39 - Data provável da Ad	lmissão ho	spitalar 4	0 - Qtde l	Diárias Auto 1	orizadas 4 1		e Acomodaç	ão autorizad	a				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado UNIORT E ORTOPEDIA						Autorizado A ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código C 6528104					44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE C OOPERATIVA DE MEDICOS 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável 149 - Assinatura													



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		95524204		19/06/2024 15:23		95524204		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0320000076939782								
8 - Nome								
ISABELA BEATRIZ MA	RKUS ROSA							
Dados do Profissional Solid	itante							
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail			
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia								
	TIVIDADES DIARIAS ROT	OTURA DO MENISCO JOEL URA DO MENISCO JOELHO						
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	0 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00499293		22 - Referência do mate	rial no fabricante AO OB F 2,9X5,5MM 892350000	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 1		
80356130052	CAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		<u> </u> 	_ 1	_ ,	
2- 00 78898676	DIS		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D			_ 2	_ _ , _	
80044680449	2.0		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1 -	1-1-1-171-1-1	
3- _	_ _ _					_	,	
_ _ _ _				_ _ _ _	_ _ _ _	_ _		
4- _ _ _					_ _ _ , _	_	,	
				_ _ _ _	_ _ _ _	_ _		
5-	_ _ _				_	_	_ ,	
	_ _ _		_		_ _ _ _	_		
⁰⁻ _ - - - - - - - - - - - - - - - - -	 					_	_,	
24 - Especificação do Materia				1-1-1-1-1-1		— !		
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		06/2024 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular:	UNIMED CURITIBA S	SOCIEDADE COOPERATIVA DE	MEDICOS		
, ,			•					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			