

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92627890

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído p	oela Operad	lora								
343269							92627	890				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 92627890 6 - Da			6 - Data de Vali		enha I 1/2023							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Vali	dade da Carteira	a	9 -	Atendimento d	le RN	7			
9759005004949024			31/07	/2024			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome IRIA ROBERTA STAUT FREITAS												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		11	lome do Co									
10.246.214/0001-04		UNIC	ORT E OF	RTOPEDIA E								
14 - Nome do Profissional Solicitante ROBERTO GRANGE GASPARELLI					11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 32428			- Número do C 2428	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S			-									
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA							DA			1	sugerida p 2023 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	rnação	24 - Regime	de Internação	25 - Qto	de. Diárias	Solicitadas	26 - Previsa	áo de uso de OP	ME 27 - F	Previsão de u	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica LESAO DO MENISCO JOE	LHO						1					
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (op			ocional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	citados										
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 98 08011080 4- 18 60024151 5-	o Procedimento	REP OST PCT	TEOCONI TARTROS JGUELTA	SUTURA DE DROPLASTIA SCOPIA DE J XA DE APAR	- ESTAI IOELHO RELHO /	BILIZAC UNIORT EQUIPA	AO, RESSE - APT MENTO PA	CCAO E	/OU PLASTI	OSC 1 A # 1 1	- Qtde. Soli	2. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
8-										 	- - - -	
Dados da autorização	<u> </u>	40 0:: -	Ni data a da		Ti	A == · · · ·	a	7				
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	40 - Qtde E	Diárias Auto 1	rizadas 41		Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado					LIZADA	LTDA					44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/09/2023 /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												



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

Unimed A

, ,	Número da Guia Referen	11	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		92627890		92627890	22/09/2023 18:10		92627890		
Dados do Beneficiário		[00 N 0 11							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
9759005004949024									
8 - Nome	EIT A O								
IRIA ROBERTA STAUT FR									
Dados do Profissional Solicitant			III. Taken	154	4. F				
9 - Nome do profissional solicitante ROBERTO GRANGE GAS			10 - Telefone		1 - E-mail				
	PARELLI								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica LESAO DO MENISCO JOELHO LESAO DO MENISCO JOELHO AUTORIZADO CONFORME UN)								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do Mate	rial 15 - I	Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do materi		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 00590045 80777280006	LAN	MINA PARA SHAVER SETO	JRMED - 001030306 :IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ ,	_ 1	,		
2-		AKTHKOW COWERC	TO DE IMPLANTESON TOPEDICOSETDA			_	,		
-		111111				-I	IIII'III		
3-	_,,_,					 _	_ _ , _		
4- _				_ _	_ _ _ , _	_	_ _ , _		
	_				_ _ _ _	_			
5-	-				_	_ _	,		
	_				_ _ _ _	_			
6- _ _ _ _ _ _ _ _ _	-				_	_	,		
24 - Especificação do Material	_								
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/09/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	Responsável pela Autorização				