

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92403179

(Via HOSPITAL)

1 1	ero da Guia Atrib	ouído pela Ope	eradora		0046	20470				
343269 4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid	lade da Senha	9240	03179				
01/09/2023 10:04	5 - Serina	9240317	11	10/11/2)23					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		100	Validade da Carteira		9 - Atendimento	a da DN				
0970000126358162		i i	/05/2024		9 - Atendimento					
50 - Nome Social						•				
10 - Nome THIAGO PEREIRA SANTANA DE SOUZA										
Dados do Contratado Solicitante	e									
12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19										
14 - Nome do Profissional Solicitante FABIO FRAGA MALULI DE OLIVEIRA				15 - 06	15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselh 39832			onselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local Solici		la Internação								
19 - Código na Operadora / CNPJ			pital / Local Solicitado)				21 - Data	sugerida p	ara Internação
78.614.971/0001-19	IRN	IANDADE I	DA SANTA CAS	A DE LON	RINA			01/09/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento 23 -	Tipo de Internaç	ão 24 - Reg	gime de Internação	25 - Qtde. D	árias Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OF N	ME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica			•		•					
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			ional) 32	CID 10(4) (opcio	onal)	33 - Indicação de A	Acidente (a	cidente ou d	loença relacionada)	
Procedimentos ou Itens Assiste	nciais Solicitad	dos								
34 - Tabela 35 - Código do Pro	cedimento	RECONST TRANSPO DIARIA DE ALUGUEL	ÃO OU SUTURA DE 1 TRUCAO, RETEN DSICAO DE MAIS E QUARTO COLI .TAXA DE APARE	CIONAMEN DE 1 TENI ETIVO DE 2 ELHO / EQI	TO OU REFO AO - TRATAM LEITOS COM IPAMENTO P	RCO DOMENTO I BANH PARA A	O LIGAMENTO CIRURGICO EIRO PRIVATIV RTROSCOPIA	OSC 2 CR 1 1 /O 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 2 1 1 1 1
Dados da autorização	1									
39 - Data provável da Admissão ho	ospitalar 40 -	Qtde Diárias A	Autorizadas 41 -	· Tipo de Acor	odação autorizad	da				
42 - Código na Operadora / CNPJ 78.614.971/0001-19	autorizado		Hospital / Local Auto		ONDRINA					44 - Código CNES 2580055
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 01/09/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Em relação ao item 01 x cód: 00226041 - equipo de irrigação 4 vias = material pago em conta hospitalar / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização										
46 - Data da Solicitação	47 - Assina	tura do Profiss	sional Solicitante 4	18 - Assinatura	do Beneficiário d	ou Respo	nsävel 49 - Ass	sınatura do	Kesponsáv	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuío			
343269		92403179		92403179	01/09/2023 10:04		92403179		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0970000126358162									
8 - Nome									
THIAGO PEREIRA SAI	NTANA DE SOUZA								
Dados do Profissional Solid	itante								
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	1	1 - E-mail				
FABIO FRAGA MALUL	I DE OLIVEIRA								
Dados da cirurgia			·						
			NMC MURAY RNM LESÃO DE LCA LESÃO MENIs d: 00226041 - equipo de irrigação 4 vias = materia						
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição		, ,	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 75787083		ial no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4				
10223680100	PLA		TON - IOL - 40040413251 PLACA ENDOBOT CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	_ _ , _		
2- 72215755	DΔE		NCIA REABSORVIVEIS BIOMET - 905629 -			I 1	,		
80044680085	i Ai		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		1 1 1 1 1	-! '	IIII'III		
3- 78891361	SUT		IADA SUTURFIX - 0234241-075 - SUTURFIX,	3		1 3			
80083650084			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1	1117111		
4- 00 00226041	EQU	JIPO DE IRRIGAÇÃO ODE	HON MOD 170101030201	1	1 1 1 1 1	1	,		
80514500020				 		-			
5- 00590045	LAN	IINA PARA SHAVER SET	ORMED - 001030306	<u> _ </u> 1	,	_ 1	_ _ _ ,		
80777280006		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _				
6-	_ _ _				_ _ _ ,	_	,		
	_ _ _				_ _ _ _ _	_			
24 - Especificação do Materia	I								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3 UNIMED REGIONAL MAR	3373-1500 / Emitido em 01/0		NFORME UNIMED DE ORIGEM / Em relação ao	item 01 x cód: 002260	141 - equipo de irrigação 4 vias =	material pago em conta ho	pspitalar / Empresa / Titular:		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do Responsável pela Autorização					