

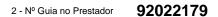
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92022179

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 343269 3 - Número da 0 | Guia Atribuído pela | Operadora | | 92022179 | | | | |
|---|--|---|--|---|---|---|--|--|
| 4 - Data da Autorização 5 - Se 28/07/2023 15:33 | nha 92022 | 6 - Data de Valid | dade da Senha 29/09/2023 | | _ | | | |
| Dados do Beneficiário | 92022 | 2179 | 29/09/202 | <u>'</u> | | | | |
| 7 - Número da Carteira | - 11 | 8 - Validade da Carteira | 9 | - Atendimento de R | N | | | |
| 9750000016522799 | | 30/06/2023 | | N | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | |
| 10 - Nome LUCAS RODRIGUES | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | 10 | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 | l l | e do Contratado T E ORTOPEDIA ES | SPECIALIZAD | ΔΙΤΟΔ | | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante | | | | selho Profissional | 16 - Número do C | conselho 17 - UF 18 - Código CBO | | |
| MARCUS VINICIUS DANIELI | | | 06 | | 18734 | 41 225270 | | |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / | | | - | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04 | Hospital / Local Solicitado ORTOPEDIA ESPE | | TDA | | 21 - Data sugerida para Internação 04/08/2023 00:00 | | | |
| 22 - Caráter do Atendimento 1 23 - Tipo de | Internação 24 - | Regime de Internação | 25 - Qtde. Diária | s Solicitadas 26 - | Previsão de uso de OP S | ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N | | |
| 28 - Indicação Clínica LESAO DO LCA CONDRAL JOELHO |) ESOLIERDO | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - C | ID 10(2) (opcional) | 31 - CID 10(3) (opci | ional) 32 - Cl | D 10(4) (opcional) | 33 - Indicação de A | Acidente (acidente ou doença relacionada) | | |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais | Policitodos | | | | | 9 | | |
| 34 - Tabela 35 - Código do Procedime 1 - 22 30733030 2 - 22 30733073 3 - 22 30731216 4 - 18 60000805 5 - 18 60024151 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 12 - Dades do outorização | CONDF RECON TRANS DIARIA | crição ROPLASTIA (COM R NSTRUCAO, RETEN SPOSICAO DE MAIS A DE QUARTO COLI JELTAXA DE APARI | CIONAMENTO DE 1 TENDAO ETIVO DE 2 LI | OU REFORCO - TRATAMENT ITOS COM BAN | DO LIGAMENTO O CIRURGICO IHEIRO PRIVATIV | CR 1 1 1 1 // 1 // 1 // 1 // 1 | | |
| Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitala | 40 - Qtde Diária | ias Autorizadas 41 - | - Tipo de Acomod | ação autorizada | | | | |
| | | 1 1 | <u> </u> | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autoriz 10.246.214/0001-04 | 11 | e do Hospital / Local Auto | | A LTDA | | 44 - Código CNES 6528104 | | |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/07/2023 /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

Unimed A

| 343269 92022179 92022179 28/07/2023 15:33 92022179 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 29 - Nome Social 4 - Nome | | | | | | | | | | |
|--|---|---|------------------------|---------------|--------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|--|
| Debug Color Colo | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | • | | | | 1 | | | | |
| 7- Nome of Carriers 28 - Nome Social | | | 92022179 | | 92022179 | 28/07/2023 15:33 | | 92022179 | | |
| 7 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - | | | | | | | | | | |
| Reference of the professional solicitations and professional s | | | 29 - Nome Social | | | | | | | |
| To - Total Control Spicial S | 9750000016522799 | | | | | | | | | |
| Dadies de profesionne Solizionne NARCUS VINICUS DANIELI Daties de prungia VINICUS DANIELI VINICUS DANIELI Daties de prungia VINICUS DANIELI Daties de prungia VINICUS DANIELI VINICUS DAN | 8 - Nome | | | | | | | | | |
| 9- Norme Southeadown solicitudes MARCUS VINICIUS DANIELI Dados da crizriga 12 - Justificativa stericia 928-22-2720 AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM 15 - Tachelia 14 Origina di Material 15 - Descrización de crizoción de contractación no fabricante 19 - Tachelia 14 Origina di Material 10 - Tachelia 14 Origina di Material 11 | LUCAS RODRIGUES | | | | | | | | | |
| MARCUS UNICIOUS DANIELI Dadous durius University Survival | Dados do Profissional Solici | itante | | | | | | | | |
| Dados da citurgio 172 - Jaseficação do Material 172 - Jaseficação do Material 173 - Jaseficação do Material 174 - Ja | 9 - Nome do profissional solici | tante | | 10 - Telefone | 11 | - E-mail | | | | |
| 15 - Description Page Pa | MARCUS VINICIUS DA | NIELI | | | | | | | | |
| Separative Sep | Dados da cirurgia | | | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do Material 21 - Referência do material no fabricante 22 - Referência do material no fabricante 23 - Referência do fabricante | 12 - Justificativa técnica 99824-2726 LESAO DO LCA CONDRA | | | | | | | | | |
| 21 - Rejection do Material 22 - Referência do material no fabricame 23 - NP Autorização de Funcionament 1 | OPME Solicitadas | | | | | | | | | |
| 1 - 00 72320907 | | | • | | | | citado 19 - Qtde. Autorizada 2 | 20 - Valor Unitário Autorizado | | |
| ### ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | • | | | | | de Funcionamento | 1 4 | | | |
| 2- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 | | סוט | | | | | _ ' | - - - | | |
| 80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 3- 00 00597007 PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB 80044680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4- | | LAN | | | - | | 1 1 | | | |
| 3- 00 00597007 PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB 80044680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | | LA | | | | | _l ' | | | |
| ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4 | | ΡΔΙ | | | | | I 1 | | | |
| 4 | | | | | | | _ı · | 1-1-1-1-1'1-1-1 | | |
| 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA | 4- | | | | | | 1 1 1 1 1 | | | |
| 24 · Especificação do Material 25 · Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA | | | | | | | _, | | | |
| 6- | 5- _ | _ _ _ | | | _ _ _ | _ | _ | , | | |
| 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA | | _ _ _ _ | | | _ _ _ _ | _ | _ _ | | | |
| 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA | 6- _ | _ _ _ | | | | _ | _ | , | | |
| 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA | | _ _ _ | | | _ _ _ | _ | _ _ | | | |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA | 24 - Especificação do Material | | | | | | | | | |
| | 25 - Observação / Justificativa | | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | | | | | | |
| | 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pr | ofissional Solicitante | | 28 - Assinatura do | Responsável pela Autorização | | | | |