

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95065029

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95065029										
		5 - Senha	5 - Senha 6 - Data de Validade d			7					
09/05/2024 16:25			95065029		13/07/2024	ı					
Dados do Beneficiári	0										
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira	9	- Atendimento					
151000003048303	30					N					
50 - Nome Social											
10 - Nome VANESSA OLIVIA	CHIAR	ELLI CAVAL	CANTI								
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissio JOAO PAULO FE			IRO		15 - Cor 06	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 28617			onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / I	ocal Solic	citado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operad	ora / CNPJ	20	Nome do Hospita	al / Local Solicitado	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-0)4	UN	IIORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L	TDA			20/05/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimo	ento 23	- Tipo de Interna	ção 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OPI S	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica RECONSTRUCAO R					•						
29 - CID 10 Principal (c	ppcional)	30 - CID 10(2) (opcional) 3	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CII	D 10(4) (opcio	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loenca relacionada)
, ,	, ,	Ì		.,,,,	ŕ	.,,,	ĺ			9	
Procedimentos ou Ite											
34 - Tabela 35 - Cd	-	ocedimento	-	TIA / ENXERTO	DE TENDAO	- TRATAMI	ENTO (CIRURGICO	37 2	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 2
2- 22 30733								DA PATELA, R	ET 1		1
3- 22 3073 3								O E/OU PLASTI			1
4- 22 30733						OU REFO	RCO D	O LIGAMENTO			1
5- 18 60000 6- 18 60024				APARTAMENT		AMENTO P	ARA A	RTROSCOPIA F	1 PAR 1		1
7- _									L	_	
8-		_ _							L	_	
9-	_ _	_								_	
10- _ _ 11-	. 	- 							- 	_	
12-	 _									_ _	 _
Dados da autorização	0										
39 - Data provável da A	Admissão h	nospitalar 40	- Qtde Diárias Aut 1	torizadas 41 -	- Tipo de Acomod	ação autorizad	da				
42 - Código na Operad	ora / CNP	J autorizado	43 - Nome do H	ospital / Local Auto	orizado						44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/05/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA 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	0	47 - Assina	atura do Profission	nal Solicitante 📙	48 - Assinatura do	Beneficiário o	ou Respo	onsável 49 - Ass	inatura do	Responsáv	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	1	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuíd	úmero da Guia atribuído pela Operadora	
343269		95065029		95065029	09/05/2024 16:25		95065029	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
1510000030483030								
8 - Nome								
VANESSA OLIVIA CHI	ARELLI CAVALCANTI							
Dados do Profissional Solid	citante							
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	1	1 - E-mail			
JOAO PAULO FERNA	NDES GUERREIRO							
Dados da cirurgia								
	NCIONAMENTO OU REFO ICIONAMENTO OU REFOF E UNIMED DE ORIGEM							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mat		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 70627657 PLACA ENDOBOTTON PARA LIG 10208610040 ARTHROM COMERCIO D			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE	.—.		_ 1	_ _ , _	
2- 100540910	1116		: JUGGERSTITCH DISPOSITIVO DE RE	11111		2		
80044680474	300		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE			_ 2	_ ,	
3- 00499293	CAL		O OB F 2,9X5,5MM 892350000	// I_I_I_I_I		1	_ _ _ ,	
80356130052	OA!		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE	1—1	<u> </u>	_I '		
4- 00597007	PAF		REABSORVIVEL GENTLE THREADS			2		
80044680085			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE			_ı _	1	
5- 71502661	ANO	CORAS FLEXIVEIS JUGG	ERKNOTTM - 912068 ANCORA FLEXIV	ELJ _ 2		_ 2	_ ,	
80044680086		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE	DA _ _ _				
6- _				_ _	_ _ _ , _	_	,	
				.	_ _ _ _	_ _		
24 - Especificação do Materia	ıl							
25 - Observação / Justificativa	a							
		05/2024 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empres	a / Titular: UNIMED APUCARA	ANA			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	oficeional Calicitanto		20 Appingture d	o Responsável pela Autorização			
20 - Daia da Solicitação	Zi - Assinatura do Pro	Oliopional Solicitante		28 - Assinatura d	o nesponsavei pela Autorização			