

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93812455

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia <i>P</i>	Atribuído	pela Opera	dora								
343269	93812455												
4 - Data da Autorização 22/01/2024 09:37		02	93812455 6 - Data de Validade da			Senha /03/2024							
Dados do Beneficiário	09.37			0012433		221	03/2024						
7 - Número da Carteira				8 - Val	idade da Carte	eira	9 -	Atendimento	de RN				
9750000007919525								N					
50 - Nome Social													
10 - Nome													
LUIS CARLOS DA													
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado													
12 - Código na Operador 10.246.214/0001-04			11		ntratado RTOPEDIA	ESPECI	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissiona		te		15 - Conselho Profission				onal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO	
ROBERTO GRANG	E GASF	PARELLI				11 11			32428		41	225270	
Dados do Hospital / Lo	cal Solicit	tado / Dado	s da Inte	ernação			_						
19 - Código na Operador		- 11			I / Local Solicit						11		ara Internação
10.246.214/0001-04			JNIOR	r E ORTC	PEDIA ESI	PECIALIZ	ZADA LT	DA			27/01/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimen	ito 23 -	Tipo de Inter	nação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - C	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OF S	PME 27 - 1	Previsão de ।	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA	'							<u>'</u>					
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			(2) (opci	(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			oença relacionada)
Procedimentos ou Iten	s Assister	L nciais Solici	itados										
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307330 2- 98 080110 3- 18 600003 4- 18 600241 5-	65 80 84	cedimento	RE PC DIA	T ARTRO ARIA DE A UGUELTA	SCOPIA DE ACOMPANH AXA DE APA	E JOELHO IANTE CO ARELHO) UNIORT DM REFEI / EQUIPA	- APT ICAO CON MENTO P	IPLETA	ARTROSCOPIA	OSC 1 1 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
8-	 											- - - -	
Dados da autorização					1 -								
39 - Data provável da Ad	lmissão ho	ospitalar 4	0 - Qtde	Diárias Auto 1	- 11	41 - Tipo de 12	e Acomodaç	ção autorizad	la				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justifica Telefone Contratado: A	(43)3372-												



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer		4 - Senha	5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora							
343269		93812455		93812455	22/01/2024 09:37		93812455				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
9750000007919525											
8 - Nome											
LUIS CARLOS DA SIL	/A										
Dados do Profissional Solid											
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	- E-mail						
ROBERTO GRANGE G	ASPARELLI										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A AUTORIZADO CONFORMI	ANEXO										
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição			16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado						
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento						
1- 00499293 80356130052	CA		O OB F 2,9X5,5MM 892350000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1		_ 1	_ _ , _				
2- 78898676	DIG			_ _ _ _ 		1 3					
80044680449	טוס		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 3	_,				
3-		AKTHROW COWERC	CIO DE IMPLANTESONTOFEDICOSETDA		_ _ _						
				-	_	_	,				
		IIIIII				 _					
	 				_	_l	- -				
		IIIIII					,				
							1-1-1-171-1-1				
		IIIIII					,				
					_,		111				
24 - Especificação do Materia											
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA											
26 Data da Calicitação	27 - Assinatura do Pi	raficaional Caliaitanta		20 Assissature de	Posponsával polo Autorização						
26 - Data da Solicitação	21 - Assinatura do Pi	Unssiunal Suicitante		Zo - Assinatura do	Responsável pela Autorização						