

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95738355

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - 1	Número da Guia	Atribuído _I	pela Oper	radora			95738	3355						
4 - Data da Autorização 08/07/2024 17:	5 - Senha		738355	6 - Data de Vali		Senha 09/2024								
Dados do Beneficiário														
7 - Número da Carteira			8 - V	alidade da Carteira	l	9 -	Atendimento	de RN						
0320000053356667							N							
50 - Nome Social														
10 - Nome THIAGO DE OLIVEIRA MARZAROTTO														
Dados do Contratado Solicitante														
12 - Código na Operadora		13 - N	Nome do (Contratado										
10.246.214/0001-04		UNIC	ORT E	ORTOPEDIA E	SPECIA	ALIZADA	LTDA							
14 - Nome do Profissional Sol GUILHERME JOSE MI		VESANA	١			15 - Conselho Profissional 16 - Número do 30165			ero do Co	Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270		1		
Dados do Hospital / Local S														
19 - Código na Operadora / C			,	ital / Local Solicitad	lo						21 - Data	sugerida n	ara Internação	
10.246.214/0001-04		UNIORT	E ORT	OPEDIA ESPE	CIALIZ	ZADA LTDA					23/07/2024 00:00			
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regii	me de Internação 1	25 - Qt	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pre	evisão de u	so de OPN	ИЕ 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico	
RUPTURA DO MENISCO I	WENIAL CON	JROPLAS	STIA JOI	ELHO ESQUERI	50									
29 - CID 10 Principal (opcional Procedimentos ou Itens As		0(2) (opcid	onal)	31 - CID 10(3) (opo	cional)	32 - CID	10(4) (opcion	al)	33 - Indica	ção de Ad	cidente (ad	cidente ou c	loença relacionada)	
_	o Procedimento		Descrição									- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.	
1- 22 30733065				U SUTURA DE	_				_	_			1	
2- 22 30733030				LASTIA (COM F				VRES)	- PROC	EDIMEN			1	
3- 98 08011081		PC1	T ARTR	OSCOPIA DE J	OELHO	UNIORT	E - ENF				1		1	
4-		 												
Dados da autorização	ão hospitalaa II	40 04-1-1	Diários *	ttorizodes 144	Tine -	Acces -	ão outori !							
39 - Data provável da Admiss	ao hospitalar	40 - Qtde I	Diarias Au 1	utorizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	1						
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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/07/2024 / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização														



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 95738355	4 - Senha	05720255	5 - Data da Autorização 08/07/2024 17:39	6 - Número da Guia atribuíd			
		95/38355		95738355	08/07/2024 17:39		95738355		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0320000053356667									
8 - Nome									
THIAGO DE OLIVEIRA	MARZAROTTO								
Dados do Profissional Solic	tante								
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail				
GUILHERME JOSE MIN	ASAKI PIOVESANA								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MENISCO N RUPTURA DO MENISCO N									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do materia		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 100066879 81288540024	CAI		RT HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9- IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	_ ,		
2-		ARTHROW COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSETDA						
						_	,		
	 	IIIIII				_ 1 			
	- 					-ı ı—ı—ı—ı 	I—I—I—I"I—I		
4-						 _	_ _ , _		
						_,, _ _			
5- _					_ _ _ , _	_	,		
				_ _ _	_ _ _ _	_ _			
6- _	_ _ _				_	_	,		
					_ _ _ _	_ _			
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/07/2024 / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				
-					-				