

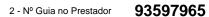
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93597965

(Via HOSPITAL)

	1-2									
1 - Registro ANS 3 - 343269	Número da Guia A	Atribuído pela C	Operadora		9359	97965				
4 - Data da Autorização 27/12/2023 11:	5 - Senha	935979	i i	/alidade da Se 03/03	nha 3/2024					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		8	- Validade da Carte	eira	9 - Atendiment	o de RN				
0320000082115303					N					
50 - Nome Social										
10 - Nome DIOGO DE SOUZA BALMANT										
Dados do Contratado Solio	itante									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	do Contratado E ORTOPEDIA	ESPECIAL	IZADA LTDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante MARCUS VINICIUS DANIELI					5 - Conselho Profissi	- 11	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S		os da Intornaci	ão				10104		T1	220270
		•		itado				21 - Data	sugarida n	ara Internação
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA						1		12/01/2	024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inter	nação 24 - F	Regime de Internação	25 - Qtde	e. Diárias Solicitadas 1	26 - Prev	visão de uso de OP	ME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica LESÃO LCA MENISCO C	ONDRAL JOEL	_HO ESQUEF	RDO							
29 - CID 10 Principal (opciona	al) 30 - CID 10	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcio	onal) 3	33 - Indicação de A	,	gidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	itados								
1- 22 30733065 2- 22 30733073 3- 22 30733073 4- 22 30731216 5- 18 60000805 6- 18 60024151 7- 8- 9-	o Procedimento	CONDR RECON: TRANSF DIARIA	O OU SUTURA I OPLASTIA (COI STRUCAO, RET POSICAO DE MA DE QUARTO C ELTAXA DE APA	M REMOCA ENCIONAM AIS DE 1 TE OLETIVO D ARELHO / E	ISCO - PROCEDI O DE CORPOS L ENTO OU REFO NDAO - TRATAN E 2 LEITOS CON QUIPAMENTO P	LIVRES) RCO DO MENTO (MENHE PARA AF	- PROCEDIME D LIGAMENTO CIRURGICO EIRO PRIVATIV RTROSCOPIA I	NTO 1 CR 1 100 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1
11- 12- 12-	_ _							_ _	- -	_ _
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	0 - Qtde Diária	11	41 - Tipo de A 1	comodação autorizad	da				
42 - Código na Operadora / 0 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizado	11	do Hospital / Local A		IZADA LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. TAXA 60024151 JUSTIFICAR EM CONTA HOSPITAL AR / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS										
46 - Data da Solicitação	47 - Ass	sinatura do Prof	issional Solicitante	48 - Assina	tura do Beneficiário o	ou Respon	sável 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		Senha		5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atrib		
343269		93597965		93597965	27/12/2023 11:36		93597965
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0320000082115303							
8 - Nome							
DIOGO DE SOUZA BA	LMANT						
Dados do Profissional Solid	itante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	11	- E-mail		
MARCUS VINICIUS DA	NIELI						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica LESÃO LCA + MENISCO + LESÃO LCA MENISCO C AUTORIZADO CONFORM	ONDRAL JOELHO ESQU		EM CONTA HOSPITALAR				
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição			. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
-	21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fa			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 72320907 DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGA 80044680067 ARTHROM COMERCIO DE			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	,
			NO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO			_ 3	,
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_1	-
			RT HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9	-		1	
81288540024			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _		-1	1-1-1-171-1-1
4- 00 00597007	PAI	RAFUSO INTERFERENCIA	REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			_ 1	,
80044680085		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _			
5- _				_	_	_	,
			_ _ _		_	_	
6- _	_ _ _			_	_	_	,
					_		
24 - Especificação do Materia	I						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3 A DE MEDICOS		12/2023 /AUTORIZADO CON	NFORME UNIMED DE ORIGEM. TAXA 6002415	51 JUSTIFICAR EM CONT	A HOSPITALAR / Empresa / Titu	JIAIT: UNIMED CURITIBA S	SOCIEDADE COOPERATIV
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		