

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94198387

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS | 3 - Número | da Guia Atril | buído pela Ope | radora | | | | \neg | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 343269 | | | | | | | 941983 | 87 | | | | |
| 4 - Data da Autorização 26/02/2024 | i i | - Senha | 9419838 | 6 - Data de Va | | Senha 04/2024 | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN | | | | | | | | | | | | |
| 9759005005048110 N | | | | | | | | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome CAROLINA OLANDA PEREIRA | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operador 10.246.214/0001-04 | | | 13 - Nome do UNIORT E | Contratado ORTOPEDIA | ESPECI <i>A</i> | LIZADA | LTDA | | | | | |
| 14 - Nome do Profissiona | | | | | | | lho Profissional | 16 - | Número do C | onselho | 17 - UF | 18 - Código CBO |
| ROBERTO GRANGE GASPARELLI | | | | | | 06 32428 | | | 28 | | 41 | 225270 |
| Dados do Hospital / Lo | | | • | | | | | | , | | | |
| 19 - Código na Operador 10.246.214/0001-04 | | - 11 | | oital / Local Solicita FOPEDIA ESP | | ADA LTI | DA . | | | | a sugerida p 2024 00:0 | ara Internação 0 |
| 22 - Caráter do Atendimen | to 23 - Tip | o de Internaç | ção 24 - Reg | ime de Internação | 25 - Qt | de. Diárias S | Solicitadas 26 | - Previsão | de uso de OP | ME 27 - F | Previsão de | uso de Quimioterápico |
| 1 28 - Indicação Clínica | | С | | 1 | | 1 | | | S | | | N |
| | | | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) | | | (opcional) | opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) | | | 32 - CID 10(4) (opcional) 33 | | | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 | | |
| Procedimentos ou Itens | s Assistencia | ais Solicitad | dos | | | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Códi 1- 22 307330 2- 22 307312 4- 18 600005 5- 18 600241 6- | 73 16 54 | _ _ _ _ | RECONST TRANSPO DIARIA DE | O NDROPLASTI RUCAO, RETE SICAO DE MA E APARTAMEI TAXA DE APA | ENCIONA IS DE 1 T NTO SIMF | MENTO (ENDAO - PLES | OU REFORCE TRATAMEN | O DO LIO | GAMENTO URGICO | A # 1 CR 1 1 | - Qtde. Soli | c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 |
| 39 - Data provável da Ad | missão hospi | talar 40 - | Qtde Diárias A | 11 | | Acomodaçã | ão autorizada | | | | | |
| 42 - Código na Operador | a / CNPJ aut | torizado | 43 - Nome do | Hospital / Local A | utorizado | | | | | | | 44 - Código CNES |
| 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 | | | | | | | | | | | | |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 26/02/2024 /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 | | | | | | | | | | | | |
| +u - Daia ua Sulicitação | | +ı - ASSINA | uura uu rioiiss | ioriai solicitante | _{I I} 40 - ASSII | iatura do Bi | chenciano ou R | - อบบบรลิฟ | ∍⊢∣ 4∀ - ASS | matura 00 | ncopunsav | cı pela Autorização 📗 |



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Referer | nciada 94198387 | 4 - Senha | 5 - Data da Autorização 26/02/2024 15:01 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94198387 | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--|--|--|--|
| | | 94190307 | | 94198387 | 26/02/2024 15:01 | | 94196367 | | | | |
| Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | | | | | | |
| 9759005005048110 | | 29 - Northe Social | | | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | | | | | |
| CAROLINA OLANDA P | EREIRA | | | | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solicitante | | | | | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicit | | | 10 - Telefone | | 11 - E-mail | | | | | | |
| ROBERTO GRANGE G | ASPARELLI | | | | | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica LESAO JOELHO DIREITO LESAO JOELHO DIREITO AUTORIZADO CONFORME | UNIMED DE ORIGEM | | | | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate | | Descrição 22 - Referência do mate | rial no fabricante | | de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solio o de Funcionamento | citado 19 - Qtde. Autorizada | a 20 - Valor Unitário Autorizado | | | | |
| 1- 00 100066879 81288540024 | | | ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9- CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | 1 | _ _ , | _ 1 | , | | | | |
| 2- 00 70627657 10208610040 | PL | ACA ENDOBOTTON PARA | A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ 1 | | _ 1 | | | | | |
| 3- 00597007 | PA | | A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB | 1 | | l 1 | | | | | |
| 80044680085 | | ARTHROM COMER | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ | | | 11111 | | | | |
| 4- _ | | | | _ _ | | | _ _ , _ | | | | |
| 5- | | | | | | _ | , | | | | |
| 6- | _ _ _ | | - | | | | , | | | | |
| | - | 111111 | | | | _ | IIIII | | | | |
| 24 - Especificação do Material | | IIIIII | -1111111111 | I—I—I—I— | | | | | | | |
| 2. Especimouyas as maionar | | | | | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 26/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pr | rofissional Solicitante | | 28 - Assinatura o | do Responsável pela Autorização | | | | | | |