

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91578876

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia A	Atribuído	pela Opera	dora								
343269								9157	8876				
4 - Data da Autorização 19/06/2023	17:54	5 - Senha	91	1578876	6 - Data de Val		Senha /08/2023						
Dados do Beneficiário								I					
7 - Número da Carteira				8 - Val	idade da Carteira	<u> </u>	9 -	Atendimento	de RN				
9759005004943115	i			31/07	/2024			N					
50 - Nome Social													
10 - Nome													
LIVIA VIEIRA DE P	AULA F	ERNAND	ES										
Dados do Contratado	Solicitante)											
12 - Código na Operado			11	Nome do Co		CDECL	A	LTDA					
10.246.214/0001-04		ıto.	UNI	ORTEO	RTOPEDIA E	SPECIA			2001	16. Número do C	anaalha	ا العال	10 Cádigo CDO
ROBERTO GRANG							15 - Conselho Profissional 16 - Número do 32428			16 - Número do C 32428	onseino	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solici	tado / Dado	os da Int	ernação									
19 - Código na Operador 10.246.214/0001-04		- 11			I / Local Solicitad		ZADA LT	DA			11	a sugerida p 2023 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimen	to 23 -	Tipo de Inter	nação	24 - Regim	e de Internação	25 - Q	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OF	ME 27 - I	Previsão de I	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica							'						14
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (0(2) (opci	opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relac		oença relacionada)		
Procedimentos ou Iten	s Assiste	L nciais Solic	itados] [
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307330 2- 22 307330 3- 22 307312 5- 18 600005 6- 18 600041 7-	65 49 73 16 54	cedimento	RE OS RE TR.	TEOCON CONSTRI ANSPOSI ARIA DE A	DROPLASTIA JCAO, RETEI CAO DE MAI: APARTAMEN AXA DE APAF	A - ESTA NCIONA S DE 1 1 ITO SIM RELHO	ABILIZAC AMENTO TENDAO PLES / EQUIPA	AO, RESS OU REFOI - TRATAN MENTO P	ECCA RCO D IENTO ARA A	O VIDEOARTRO O E/OU PLASTI O LIGAMENTO O CIRURGICO ARTROSCOPIA	DSC 1 A # 1 CR 1 1 1 PAR 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1 1
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada													
				1	12	2							
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 19/06/2023 /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 Responsável pela Autorização													



Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	- Número da Guia Referen	ciada 91578876	4 - Senha	91578876	5 - Data da Autorização 19/06/2023 17:54	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91578876					
		91370070		91370070	19/00/2023 17.34	91370070					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
9759005004943115		EO HOMO GOOLG									
8 - Nome											
LIVIA VIEIRA DE PAULA	FERNANDES										
Dados do Profissional Solicita	ante										
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	1.	1 - E-mail						
ROBERTO GRANGE GA	SPARELLI										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica ENTORSE DE JOELHO DIRI ENTORSE DE JOELHO DIRI AUTORIZADO CONFORME	EITO COM COM LESÃO										
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do Ma		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado					
21 - Registro ANVISA do Materi1- 00 00590045		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 1					
80777280006	LA		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		י י 	_					
2- 00 00597007	PAF		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			_ 1					
80044680085		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	· · ·							
3- 00 70627657	PL#	ACA ENDOBOTTON PARA	A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA	1	,	_ 1 _ ,					
10208610040		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
4- 00 78898676	DIS		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	3	,	_ 3 _ ,					
80044680449		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
5-	_ _ _				_						
	- 		-		_ _ _ _	\\ _					
⁰⁻ _	 					_					
24 - Especificação do Material	-11111	1		1111111111111111111111111111111							
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização						