

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91717821

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela C	Dogradora			$\neg$			
<b>343269</b>	Numero da Guia	Allibuldo pela C	эрегацога		9171782	21			
4 - Data da Autorização	5 - Senha	017179	l t	idade da Senha	3				
30/06/2023 15:30   91717821   02/09/2023     Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		8	3 - Validade da Carteira	a	9 - Atendimento de	RN			
9750000007497981		0	04/08/2024		N				
50 - Nome Social						<u> </u>			
†	10 - Nome VINICIUS LEANDRO NOZU PAREDES								
Dados do Contratado Solid	itante								
12 - Código na Operadora		11	do Contratado  E ORTOPEDIA E	SDECIALIZA	)				
10.246.214/0001-04  14 - Nome do Profissional So	lioitanta	UNIORI	E ORTOPEDIA E		nselho Profissional	16 - Número do C	onselho 17 - UF 1	8 - Código CBO	
JOAO PAULO FERNA		REIRO		06	riseirio i Tolissioliai	28617	- 11 11	25270	
Dados do Hospital / Local S		os da Internaçã	ão						
19 - Código na Operadora / C	11		ospital / Local Solicitad		TDA		21 - Data sugerida para	Internação	
10.246.214/0001-04			ORTOPEDIA ESPE				17/07/2023 00:00		
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inte	rnação   24 - F	Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diá	as Solicitadas 26	- Previsão de uso de OP	ME 27 - Previsão de uso		
28 - Indicação Clínica RELESÃO DO LCA JOELH	IO ECOLIEDDO	)   FCAO COA	ADLEVA DO MENIO	CO MEDIAL EL		O OSTEOCONDDAI	CDAVE		
29 - CID 10 Principal (opciona	ai) 30 - CID 1	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (op	cional) 32 - C	32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doer g			nça relacionada)	
Procedimentos ou Itens As									
34 - Tabela 35 - Código d 1- <b>22 30726190</b>	o Procedimento	36 - Descr	-	S PERIFERICA	S CRONICAS -	TRATAMENTO CIR	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut. <b>1</b>	
2- 22 30733065		REPAR	O OU SUTURA DE	UM MENISC	- PROCEDIME	NTO VIDEOARTRO	OSC 1	1	
3- 22 30733049					•	CAO E/OU PLASTI		1	
4- 22 30727162 5- 22 30733073			TOMIAS E/OU PSE			TO CIRURGICO  DO LIGAMENTO	1 CR 1	1	
6- 22 30733073			POSICAO DE MAIS				2	2	
7- 18 60000805		DIARIA	DE QUARTO COL	LETIVO DE 2 I	EITOS COM BA	NHEIRO PRIVATIV	<b>/</b> 0 1	1	
8- 18 60024151		ALUGUI	ELTAXA DE APAR	RELHO / EQUI	PAMENTO PAR	A ARTROSCOPIA	PAR 1	1	
9-	_						_ _		
10-	_    							_  	
12-	_    _							_    _	
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde Diária	s Autorizadas 41	- Tipo de Acomo	dação autorizada				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado							44	- Código CNES	
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104							528104		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/06/2023 /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 Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização									
46 - Data da Solicitação	II 47 - As	sınatura do Prof	rissional Solicitante	48 - Assinatura d	o Beneficiário ou Re	esponsável II 49 - Ass	sinatura do Responsável r	pela Autorização	



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

	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	91717821			91717821		30/06/2023 15:30	9171782		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social									
9750000007497981									
8 - Nome									
VINICIUS LEANDRO NO	DZU PAREDES								
Dados do Profissional Solici									
9 - Nome do profissional solicit			1	0 - Telefone	11 - E-mail				
JOAO PAULO FERNAN	DES GUERREIRO								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica RELESÃO DO LCA JOELHO RELESÃO DO LCA JOELHO AUTORIZADO CONFORME	DESQUERDO LESAO C	COMPLEXA DO MENISCO N OMPLEXA DO MENISCO M	MEDIAL E I IEDIAL E LI	LESÃO COM VARO OSTEOCONDRAL G ESÃO COM VARO OSTEOCONDRAL GR	RAVE , AVE				
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição					citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate 1- <b>00 00590045</b>		22 - Referência do mater			23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
80777280006	LAMINA PARA SHAVER SETORME			IPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_	_  1		
2- 00 00116700							_  1		
80743230025				IPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3- <b>00 00597007</b>				ORVIVEL GENTLE THREADS CAB	1		_  1     _ ,		
80044680085				IPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. <u></u>   _ _ _ _				
4- 00 70627657	PLA	ACA ENDOBOTTON PARA	A LIGAME	NTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA	<u> </u> 1	_ _ ,	_  1    _ _ , _		
10208610040		ARTHROM COMERC	CIO DE IM	IPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
5- <b>00 71502718</b>	AN	CORAS FLEXIVEIS JUGG	ERKNOTI	TM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J	1	,	_  1		
80044680086		ARTHROM COMERC	CIO DE IM	IPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
6- <b>00</b>	PL/			A OSTEOTOMIA EM T CHAMBAR B IPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ ,	_  1		
		AKTHROW COWER	CIO DE IIVI	IFLANTESORTOFEDICOSETDA					
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	372-0900 / Emitido em 30/	06/2023 /AUTORIZADO COI	NFORME (	UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular	: UNIMED DO ESTAI	DO DO PARANA			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante			28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização			



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada 4 - S		4 - Senha	- Senha		6 - Número da Guia atribuído	Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	91717821			91717821		91717821			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
9750000007497981									
8 - Nome									
VINICIUS LEANDRO NOZU PAREDES									
Dados do Profissional Solic	tante								
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	11	- E-mail				
JOAO PAULO FERNAN	IDES GUERREIRO								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica RELESÃO DO LCA JOELHO ESQUERDO + LESAO COMPLEXA DO MENISCO MEDIAL E LESÃO COM VARO OSTEOCONDRAL GRAVE , RELESÃO DO LCA JOELHO ESQUERDO LESAO COMPLEXA DO MENISCO MEDIAL E LESÃO COM VARO OSTEOCONDRAL GRAVE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM									
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 mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
7- 70474451	PA		O PARA USO EM GRANDES FRAGMENTOS	_  6	_ _ _ ,	_  6			
10209780031		ARTHROW COWER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
8-	_				_	_			
9-	<del></del>	I—I—I—I—I—I				,, _			
	 				_,		111/11		
10-	_ _ _				_	_	,		
					_ _ _ _	_ _			
11-	_				_	_	,		
					_ _ _ _				
12-	_ _ _				_	_			
					_ _ _ _	_			
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa Telefono Controtedo: (43)2272 0000 / Emitido em 20/05/2022 (ALTORIZADO CONFORME LINIMED DE OPICEM / Empreso / Titulor: LINIMED DO ESTADO DO DARANA									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				