

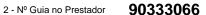
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90333066

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - 343269	Número da Guia	Atribuído p	oela Operad	dora			903330	066				
4 - Data da Autorização 01/03/2023 15:26			333066	6 - Data de \		Senha 05/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Vali	dade da Carte	eira	9 -	Atendimento de	e RN				
0320000081940467			30/06	30/06/2023			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome EDUARDO JAVIER DIAZ												
Dados do Contratado Solic	itante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado												
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA												
14 - Nome do Profissional So ALEXANDRE RIBEIRA					15 - Conselho Profissional 16 - Númer 28281			- Número do C 281	do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação												
19 - Código na Operadora / C			,	I / Local Solici	itado					21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04	E ORTO	PEDIA ES	PECIALIZ	ADA LTDA				23/03/2023 00:00				
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	rnação	24 - Regime	e de Internação 1	25 - Qt	de. Diárias	Solicitadas 2	6 - Previsã	o de uso de OP	ME 27 - P	revisão de u	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica M232 TRANST MENISCO DEV RUPTURA OU LESÃO												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (0(2) (opcio	pcional) 31 - CID 10(3) (opci			32 - CID 10(4) (opcional)) 33 -	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solid	citados										
1- 22 30733065 2- 98 08011081 3- 18 60024151 4-	o Procedimento	REP PCT	ARTROS	SCOPIA DE	E JOELHO ARELHO /	UNIORT	PROCEDIMI E - ENF MENTO PAF	RA ARTF	ROSCOPIA I	OSC 1 1	- Qtde. Solid	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1
Dados da autorização								7				
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde D	Diárias Auto 1	11	41 - Tipo de 1	Acomodaç	ão autorizada					
1				me do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNE RT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104								44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/03/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM *** 01 EQUIPO 4 VIAS - pago em conta hospitalar//01 CAPA- incluso em taxa / 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												
46 - Data da Solicitação	47 - As	sinatura do	Profissiona	al Solicitante	II 48 - Assir	natura do B	eneficiário ou F	Responsáv	/el 49 - Ass	inatura do l	Responsáve	el pela Autorização



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

Unimed #

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 90333066 90333066 01/03/2023 15:26 90333066 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0320000081940467 8 - Nome **EDUARDO JAVIER DIAZ** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica PACIENTE COM DOR EM JOELHO ESQUERDO HÁ UM MÊS COM PIORA PROGRESSIVA, EVOLUI COM DOR INTENSA. INDICO TRATAMENTO CIRÚRGICO POR VIDEOARTROSCOPIA. M232 TRANST MENISCO DEV RUPTURA OU LESÃO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM *** 01 EQUIPO 4 VIAS - pago em conta hospitalar//01 CAPA- incluso em taxa **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 00590045 1- 00 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00116700 2- 00 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/03/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM *** 01 EQUIPO 4 VIAS - pago em conta hospitalar//01 CAPA- incluso em taxa / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCI EDADE COOPERATIVA DE MEDICOS 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização