

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91476796

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N	úmero da Guia At	ribuído pela Op	eradora							
343269					9147	76796				
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Val	lidade da	Senha					
07/06/2023 18:2	1	9147679	96	08	08/2023					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		8 -	Validade da Carteira	a	9 - Atendimento	de RN				
1510000002909265		31	/12/2023		N					
50 - Nome Social										
10 - Nome										
ISABELA SIQUEIRA ZA	NETA									
Dados do Contratado Solicita	ante									
12 - Código na Operadora		<b>†</b> †	o Contratado							
10.246.214/0001-04		UNIORT	ORTOPEDIA E	SPECI	ALIZADA LTDA					
14 - Nome do Profissional Solid					15 - Conselho Profissi	onal	16 - Número do Co	11	18 - Código CBO	
JOAO PAULO FERNAN	DES GUERRI	EIRO			06		28617	41	225270	
Dados do Hospital / Local So										
19 - Código na Operadora / CN	11		spital / Local Solicita		74041704			21 - Data sugerida		
10.246.214/0001-04					ALIZADA LTDA			22/06/2023 00:00		
1 11	23 - Tipo de Interna	ação    24 - Re	gime de Internação	25 - C	tde. Diárias Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPN	ME   27 - Previsão de	uso de Quimioterápico	
1	С		1		1		<u> </u>		N	
28 - Indicação Clínica ENTORSE COM LESAO DO			0ATEL AD 10EL H0	DIDEIT	<b>a</b>					
LINTORGE COM LEGAC DC	LOA LAL CON	IDIOI ATIAT	ATLLAN JOLLIO	DIILLI	5					
•										
29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID 10(2	2) (opcional)	31 - CID 10(3) (op	cional)	32 - CID 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de Ad	cidente (acidente ou	doença relacionada)	
								9		
Procedimentos ou Itens Assi	stenciais Solicita	ados								
34 - Tabela 35 - Código do	Procedimento	36 - Descriç	ão					37 - Qtde. So	olic. 38 - Qtde. Aut.	
1- 22 30726190					ERICAS CRONICA				1	
2- 22 30733049					ABILIZACAO, RESS				1	
3- 22 30733073			•		MENTO OU REFO				1	
4- 22 30731216 5- 18 60000805					TENDAO - TRATAN DE 2 LEITOS COM			1 0 1	1	
6- 18 60024151					/ EQUIPAMENTO P				1	
7-		ALUGUL		(LLIIO	LGOII AMENTO	AILA A	KINOGOGIIAT	AN .	inn	
8-	 									
9-   _									<u>                                     </u>	
10-  _	_								_ _ _	
11-										
12-	_							_		
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admissão	o hospitalar 40	- Qtde Diárias	Autorizadas 41	I - Tipo de	Acomodação autorizado	da				
		1	1							
42 - Código na Operadora / CN	NPJ autorizado	43 - Nome d	o Hospital / Local Au	itorizado					44 - Código CNES	
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104										
45 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)33 is o codigo ja contempla tran									O 1X 30731216 - po	
is o codigo ja contempia tran	sposicao de ma	is de um tena	ao, nao cabendo a	aupircia	aus. / Empresa / Mui	ar. UNII	VILD AF OCARANA	,		
46 - Data da Solicitação	47 - Assin	natura do Profis	sional Solicitante	48 - Ass	inatura do Beneficiário o	ou Respo	nsável 49 - Assi	natura do Responsá	vel 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 Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribi		
343269		91476796		91476796	07/06/2023 18:21		91476796	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
1510000002909265								
8 - Nome								
ISABELA SIQUEIRA ZA	ANETA							
Dados do Profissional Solic	itante							
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	I - E-mail			
JOAO PAULO FERNAN	IDES GUERREIRO							
Dados da cirurgia								
ENTORSE COM LESAO D	O LCA LAL CONDROPAT	TIA PATELAR JOELHO DIRE IA PATELAR JOELHO DIRE AVORAVEL AO PROCEDIM		ı transposicao de mais d	e um tendao, nao cabendo a dupli	cidade.		
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição		, ,	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizad	a 20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 00590045	LAN	IINA PARA SHAVER SET				_  1	,	
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 00 00597007	PAF		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			_  1	,	
80044680085	044		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _			
3- <b>00 00116700 80743230025</b>	CAP		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1	,	
4- <b>00</b> 71502718	A NIC		ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J	-		l 1	_ , , , , , , , , ,	
80044680086	ANC		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  '	-	
5- <b>00 70627657</b>	DI A		LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA			1		
10208610040	1 27		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		<u> </u>	-I ·		
6-		7	= = =					
	 				_,	-ı ı <u></u> ıı _ll	I—I—I—I'I—I—I	
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa  75 - Observação / Justificativa  75 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. FAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 1X 30731216 - pois o codigo ja contempla transposicao de mais de um tendao, nao caben do a duplicidade. / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			