

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94461386

(Via HOSPITAL)

A Deviates ANG	lámana da Ouia A	Nation (de male On								
1 - Registro ANS 3 - N	iumero da Guia <i>P</i>	Atribuído pela Op	eradora		9446	1386				
4 - Data da Autorização	5 - Senha	0446420	6 - Data de Valid							
19/03/2024 10:56 94461386 20/05/2024 Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		8 -	Validade da Carteira		9 - Atendimento	de RN				
9750000007360420					N					
50 - Nome Social										
10 - Nome EDUARDO CAMBI TAVELA										
Dados do Contratado Solici	ante	_1								
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do		SPECIAL 174						
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPEC					nselho Profissio	onal 16 - Nú	ímero do Cor	nselho 17 - UF	18 - Código CBO	
JOAO PAULO FERNAN	IDES GUERR	REIRO		06		2861	7	41	225270	
Dados do Hospital / Local S	olicitado / Dado	s da Internação		,						
19 - Código na Operadora / Cl	11		pital / Local Solicitado		TD4		11	21 - Data sugerida	-	
10.246.214/0001-04	23 - Tipo de Interi		TOPEDIA ESPE	1.		00			04/2024 00:00 27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
1	C C	nação 24 - Re	gime de Internação 1	11	ias Solicitadas	26 - Previsao de		E 27 - Previsao de	N Quimioterapico	
28 - Indicação Clínica entorse do joelho esquerdo	com lesão do lo	ca e parcial do li	gamento antero late	erla e LPFM						
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)		0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID 10(4) (opcional)		icação de Aci	dente (acidente ou 9	doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens Ass 34 - Tabela 35 - Código do	istenciais Solici Procedimento	itados 36 - Descriç	-					37 - Qtde. So	lic. 38 - Qtde. Aut.	
1- 22 30726190 2- 22 30733103 3- 22 30733073 4- 22 30731216 5- 18 60000384 6- 18 60000805 7- 18 60024151 8		INSTABIL RECONST TRANSPO DIARIA DI DIARIA DI	LIGAMENTARES IDADE FEMORO RUCAO, RETEN ISICAO DE MAIS E ACOMPANHAN E QUARTO COL TAXA DE APARI	-PATELAR, F ICIONAMENT IDE 1 TENDA ITE COM RE ETIVO DE 2	ELEASE LATO OU REFOR O - TRATAM ELICAO COM EITOS COM	TERAL DA PA RCO DO LIGA ENTO CIRUA PLETA BANHEIRO I	ATELA, RE AMENTO C RGICO PRIVATIVO	ET 1 R 1 2 1	1 1 2 1 1	
9-										
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admissã	o hospitalar 4	0 - Qtde Diárias <i>I</i>	Autorizadas 41 · 1	- Tipo de Acomo	dação autorizad	а				
							44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/03/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - 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	3 - Número da Guia Referen	ciada 94461386	4 - Senha 94461386			5 - Data da Autorização 19/03/2024 10:56	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 9446138				
		94401300			94401300	19/03/2024 10.56	94	1401300			
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 9750000007360420 29 - Nome Social											
8 - Nome EDUARDO CAMBI TAV	ELA										
Dados do Profissional Solicit	ante										
9 - Nome do profissional solicita	10 - Telefone	10 - Telefone 11 - E-m									
JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO											
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica entorse do joelho esquerdo o entorse do joelho esquerdo o											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mater		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização		itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário A	utorizado			
1- 100066879		NULA DE DEBRIDAÇÃO		001-ST-CMAH-4,5/3,9-	1	_ _ _ ,	_ 1	_			
81288540024			CIO DE IMPLANTESOR								
2- 00 00116700	CAI	NETA ABLACAO RF STRI			1		_ 1	_ _			
80743230025 3- 00 70627657	DI /			DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA _ GAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA			1				
10208610040	FLA		CIO DE IMPLANTESOR		<u> </u>		- '				
4- 75043114	SUT	URA CIRURGICA TRANC					_ 1				
80083650067		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR	TOPEDICOSLTDA							
5- 00597007	PAR	RAFUSO INTERFERENCIA	REABSORVIVEL GEN	NTLE THREADS CAB	1	,	_ 1	_			
80044680085			CIO DE IMPLANTESOR								
6- 71502718 80044680086	ANG			OTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J 1 E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	_ _			
24 - Especificação do Material		AKTIKOM COMEK	JIO DE IIIII EARTEGOR	TOTEDIOOCETDA	I—I—I—I—I						
21 Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	72-0900 / Emitido em 19/	03/2024 / Empresa / Titular:	UNIMED DO ESTADO DO	O PARANA							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	27 - Assinatura do Profissional Solicitante				28 - Assinatura do Responsável pela Autorização					