

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91871556

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia A	Atribuído	pela Opera	dora								
343269								9187	1556				
4 - Data da Autorização 14/07/2023	3 14:22	5 - Senha	91	871556	6 - Data de Va		Senha /09/2023						
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira				8 - Val	idade da Carteir	a	9 -	Atendimento	de RN				
097000000985854				31/05/2024 N									
50 - Nome Social													
10 - Nome													
RENAN FRANCO PAGOTO													
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado													
10.246.214/0001-0			11		RTOPEDIA E	ESPECI	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profission			ESAN		15 - Conselho Profissional 06			onal	16 - Número do Conselho 30165		17 - UF	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Lo							00			30103		41	223270
19 - Código na Operado				-	I / Local Solicita	do					21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		∥ι	JNIORT	EORTO	PEDIA ESP	ECIALIZ	ZADA LT	DA			H	2023 00:0	,
22 - Caráter do Atendimen	nto 23 -	Tipo de Inter	nação	24 - Regim	e de Internação	25 - C	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OP	ME 27 - I	Previsão de ι	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica													
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) ()(2) (opci	ppcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			oença relacionada)
Procedimentos ou Iter	ıs Assiste	nciais Solici	itados										
34 - Tabela 35 - Cóc 1- 22 30733()65)22 305	cedimento	RE SIN DI <i>A</i>	IOVECTO	MIA PARCIA QUARTO CO AXA DE APAI	L OU SI LETIVO RELHO	JBTOTAL DE 2 LEI / EQUIPA	- PROCE TOS COM MENTO P	DIMEN BANH ARA A	O VIDEOARTRO ITO VIDEOARTI IEIRO PRIVATIV IRTROSCOPIA	OSC 1 ROS 1 /O 1 PAR 1 _	- Qtde. Soli	2. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
39 - Data provável da Ad	dmissão ho	spitalar 4	0 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 4	1 - Tipo de	e Acomodaç	ão autorizad	la				
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													
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização													
46 - Data da Solicitação		47 - Acc	inatura d	n Profission	al Solicitante	48 - Acc	inatura do F	eneficiário o	II Resno	nsável 49 - Aso	inatura do	Responsáva	el nela 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	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		91871556		91871556		9187155	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0970000009858541							
8 - Nome							
RENAN FRANCO PAG	ото						
Dados do Profissional Solic	tante						
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	11	- E-mail		
GUILHERME JOSE MIN	ASAKI PIOVESANA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica ruptura do menisco lateral + ruptura do menisco lateral : AUTORIZADO CONFORMI	sinovite joelho direito						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição	rial as fabricants			itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizad	
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00590045		22 - Referência do mate MINA PARA SHAVER SET		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 1	
80777280006	Eni		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_	
2- 00 00116700	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			_ 1	
80743230025			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _			
3- _				_ _ _	_	_	
						_	
4- _	_			_ _ _	_		
					_		
5- _	_ _ _			_	_		
		IIIII		-	_ _ _	!! _	
*	- 			-		-	
24 - Especificação do Material							
,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO							
,			·				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
	II.			11			