

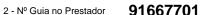
## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91667701

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia 343269	a Atribuído pela Operadora	916677	01	
4 - Data da Autorização 27/06/2023 13:10	91667701 6 - Data de V	Validade da Senha <b>27/08/2023</b>		
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Cart	eira 9 - Atendimento de	RN	
1510000030021567		N		
50 - Nome Social				
10 - Nome GABRIEL SPEZIA SIMPLICIO				
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado			
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA				
14 - Nome do Profissional Solicitante  ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIR	ROZ	15 - Conselho Profissional  06	16 - Número do Conse 17905	17 - UF 18 - Código CBO 41 225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação				
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 21 - Data sugerida para Internação 28/06/2023 00:00				
22 - Caráter do Atendimento 2 23 - Tipo de Int	ternação 24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26	- Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
28 - Indicação Clínica dor JOELHO DIREITO		1		
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID	10(2) (opcional) 31 - CID 10(3)	(opcional) 32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acide	nte (acidente ou doença relacionada)
				9
Procedimentos ou Itens Assistenciais Sol  34 - Tabela 35 - Código do Procedimento				37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1- 22 30733049 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4- 18 60024151	OSTEOCONDROPLAST DIARIA DE ACOMPANI DIARIA DE QUARTO C	TIA - ESTABILIZACAO, RESSEC HANTE COM REFEICAO COMPL COLETIVO DE 2 LEITOS COM BA ARELHO / EQUIPAMENTO PAR	ETA NHEIRO PRIVATIVO	1 1 1 1 1 1
5-				
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação autorizada		
ов - Data provaver da Admissao nospitalar	40 - Qtde Diarias Autorizadas 1	1 - Tipo de Acomodação autorizada		
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04	11	Autorizado A ESPECIALIZADA LTDA		44 - Código CNES <b>6528104</b>
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/06/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30 726166 LESOES INTRINSECAS DE JOELHO (LESOES CONDRAIS - pois e um codigo aberto, excludente com a osteocondroplastia. / Empresa / Titular: UNIMED APU CARANA				
46 - Data da Solicitação 47 - A	ssinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou R	esponsável 49 - Assinatu	ura do Responsável 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 91667701 91667701 27/06/2023 13:10 91667701 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 1510000030021567 8 - Nome **GABRIEL SPEZIA SIMPLICIO** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO dor JOELHO DIREITO AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30726166 LESOES INTRINSECAS DE JOELHO (LESOES CONDRAIS - pois e um codigo aberto, excludente com a osteocondroplastia. **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 72539186 PARAFUSO CANULADO HEXAGON EM ACO INOXIDAVEL NBR ISO 5832 2- 00 10209780045 CIRUSIL COM DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTDA CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 3- 00 00116700 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/06/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30726166 LESOES INTRINSECAS DE JOELHO (LESOES CONDRAIS - p. ois e um codigo aberto, excludente com a osteocondroplastia. / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização