

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91136198

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núm	ero da Guia Atr	ribuído pela Opera	adora		91136	5198				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Val	idade da Senha	7					
10/05/2023	3 11:17		91136198		17/07/202	3					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira	-		† †	alidade da Carteira	a	9 - Atendimento	de RN				
032000007420870	5		30/0	6/2024		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome MARCELO ZAMPI	ERI										
Dados do Contratado	Solicitant	е									
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C	Contratado DRTOPEDIA E	SPECIALIZA	DA LTDA					
14 - Nome do Profission	al Solicita	nte			15 - Co	nselho Profissio	nal	16 - Número do Co	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
CESAR EDUARDO	CAST	RO FERREI	RA MARTINS		06	06 22343				41	225270
Dados do Hospital / Lo	ocal Solic	itado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operado 10.246.214/0001-04		11	- Nome do Hospit NIORT E ORTO			.TDA			1	a sugerida p 2023 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimen	nto 23	- Tipo de Interna C	ação 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diái	11	26 - Pre	evisão de uso de OPI S	ME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico N
29 - CID 10 Principal (or	ocional)	30 - CID 10(2	2) (oncional) [3	31 - CID 10(3) (op	cional) 32.0	D 10(4) (opcion	al)	33 - Indicação da A	cidente (a	cidente que	loença relacionada)
	ŕ			31 - CID 10(3) (0p	Cional) 32 - C	D 10(4) (opcion	ai)	33 - mulcação de A	cidente (a	9	oença relacionada)
Procedimentos ou Iter									27	- Qtde. Soli	o 20 Otdo Aut
34 - Tabela 35 - Cóo 1- 22 30734 0		oceaimento	36 - Descrição CONDROPL		REMOCAO DE	CORPOS LI	VRES)	- PROCEDIMEI		- Qtae. Soil	c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 307312				SICAO UNICA I			,		1		1
3- 22 307340	053		RECONSTR	RUCAO, RETEI	NCIONAMENT	OU REFOR	CO DI	E LIGAMENTO -	PR 1		1
4- 18 600005	554			APARTAMEN					1		1
5- 18 600241			ALUGUELT	AXA DE APAR	RELHO / EQUI	PAMENTO PA	ARA AI	RTROSCOPIA F	PAR 1		1
6-	II II II								_ _ _ 		
11-	ii_ ii								i_	 _ _	
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ad		ospitalar 40	- Qtde Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de Acomo	lação autorizada	a				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - C							44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/05/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE A TAXA EQUIPAMENTO PAR A ARTROSCOPIA JUSTIFICAR EM CONTA HOSPITALAR / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS											
46 - Data da Solicitação		47 - Assin	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura d	ο Beneficiário οι	ı Respo	nsavel 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização





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 a	atribuído pela Operadora
343269		91136198		91136198	10/05/2023 11:17		91136198
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0320000074208705							
8 - Nome							
MARCELO ZAMPIERI							
Dados do Profissional Solic							
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	I - E-mail		
CESAR EDUARDO CA	STRO FERREIRA MAR	RTINS					
Dados da cirurgia							
PEDIDO MÉDICO EM ANE	XO	CK + 01 ZIP TIGHT + 01 SHA	AVER: ARTHROM XA EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA JUST	IFICAR EM CONTA HO	OSPITALAR		
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição				itado 19 - Qtde. Autor	rizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 76221229		22 - Referência do mater	rial no fabricante SERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 3	
10247700123	AN		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ - - - - - - - - - - - - - - - - -	_ 3	,
2- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER SET				_ 1	,
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				1111/111
3- 00 02958430	DIS		AMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC ZIPTIGH	<u> </u> 1		_ 1	_ _ ,
80044680067		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- _ _				_ _ _	_	_	,
_ _	_ _ _ _				_ _ _ _	_	
5- _	_ _ _				_	_ _	,
			_		_ _ _ _	_	
⁶⁻ _ _ - 	_ _ _				_	-l	,
1—1—1—1—1—1—1—1 24 - Especificação do Material		111111	-				
24 - Especificação do imaterial							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3 / Titular: UNIMED CURITIB	372-0900 / Emitido em 10/		RCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFEI	RENTE A TAXA EQUIP	AMENTO PARA ARTROSCOPIA	JUSTIFICAR EM CO	ONTA HOSPITALAR / Empresa
26 Data da Salicitação	27 - Assinatura do Pr	oficaional Caliaitanta		20 Assissature de	Posponoával polo Autorizacã -		
26 - Data da Solicitação	21 - Assinatura do Pr	Onesional Solicitante		∠o - Assinatura do	Responsável pela Autorização		