

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91373129

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núme	ero da Guia Atı	ribuído pela Opera	adora		913	73129				
4 - Data da Autorização	40.40	5 - Senha	04070400	11	lidade da Senha						
30/05/2023	10:46		91373129	]	29/07/20	23					
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira			8 - Va	alidade da Carteir	а	9 - Atendiment	to de RN				
9750000017574580	)		11	2/2023	u .	N					
50 - Nome Social											
l so riomo econar											
10 - Nome											
DENOIR ALEIXO J	UNIOR										
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C	Contratado DRTOPEDIA E	ESPECIALIZA	DA LTDA					
14 - Nome do Profissiona		nte	omon z			onselho Profiss	sional	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
GUILHERME JOSE			SANA		06	06 30165				41	225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solic	itado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operado	ra / CNPJ	20	- Nome do Hospit	tal / Local Solicita	do				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04	ı	UI	NIORT E ORT	OPEDIA ESP	ECIALIZADA	LTDA			03/06/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimer	ito 23 -	- Tipo de Interna	ação 24 - Regin	ção 24 - Regime de Internação 25 - G		Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pr		11		Previsão de uso de Quimioterápico	
1 28 - Indicação Clínica		С		1		2		S			N
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(2	2) (opcional)	31 - CID 10(3) (op	ocional) 32 -	CID 10(4) (opci	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
										9	
Procedimentos ou Iten									27	- Qtde. Soli	20 0442 4.4
34 - Tabela 35 - Cód 1- <b>22 307330</b>		oceaimento	36 - Descrição CONDROPI		REMOCAO D	E CORPOS I	LIVRES	) - PROCEDIME		- Qtae. Soil	c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 98 080110				OSCOPIA DE				,	1		1
3- 18 600008	05		DIARIA DE	QUARTO CO	LETIVO DE 2	LEITOS CON	I BANH	IEIRO PRIVATIV	0 1		1
4- 18 600241	51		ALUGUELT	AXA DE APAI	RELHO / EQU	PAMENTO F	PARA A	RTROSCOPIA I	PAR 1		1
5-									_  _  _  _  _		
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ad	lmissão ho	ospitalar 40	- Qtde Diárias Au <b>2</b>	torizadas 4	1 - Tipo de Acom	odação autoriza	ıda				
42 - Código na Operado 10.246.214/0001-04		J autorizado	11	Hospital / Local Au		DA LTDA					44 - Código CNES <b>6528104</b>
UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA   6528104     45 - Observação / Justificativa   Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30733065 RE PARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO MEDICO DE ACORDO . / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA											
46 - Data da Solicitação		47 - Assin	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura	do Beneficiário	ou Respo	onsável 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização





## GUIA DE SOLICITAÇÃO 2-Nº DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

1 - Registro ANS	3 - Número d	a Guia de Solic	itação de Internação		4 - Data da Autoria	zação					
343269					09/06	/2023 17:33					
5 - Senha				6 - Número da	Guia Atribuido pela	Operadora	'				
			91490663								
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			31 - Nome Social								
9750000017574580	)										
8 - Nome											
DENOIR ALEIXO JUNIOR											
Dados do Contratado Solicitante											
9 - Código na Operadora	а		10 - Nome do Contratado								
10.246.214/0001-04	4		UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								
11 - Nome do Profission	al Solicitante			12 - Conse	elho Profissional	lo Conselho	14 - UF	15 - Código CBO			
GUILHERME JOSE	MIYASAK	I PIOVESAN	IA	06	30165			41	225270		
Dados da Internação											
16 - Qtde. diárias Adicio	nais Solicitadas	17 -Tipo	da Acomodação Solicitada								
1			1								
18 - Indicação Clínica	OO MEDINI	OONDDOD	AOTIA JOELLIO EQQUEDO								
RUPTURA DO MENIS	SCO MEDIAL	CONDROPL	ASTIA JOELHO ESQUERDO	)							
Procedimentos ou Iten	ns Assistenciai	is Adicionais S	Solicitados								
19 - Tabela 20 - Cód	ligo do Procedi	mento 21	- Descrição				22	- Qtde. Soli	ic. 23 - Qtde. Aut		
1- 22 307330	-		ENISCÉCTOMIA - UM MEN	IISCO - PROC	EDIMENTO VIDE	OARTROSC	OPICO 1		1		
2- 98 080110	)81	PC	CT ARTROSCOPIA DE JOI	ELHO UNIORT	E - ENF		1		1		
3-								_			
4-											
5-							i				
6-								_,, 			
7-								_,, 			
8-											
Dados da autorização									III		
24 - Qtde. Diárias Adicio		as 25 - Tipo	da Acomodação Autorizada								
1		1	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,								
26 - Justificativa da oper	adora										
27 - Observação / Justifi											
		0 / Emitido em	n 09/06/2023 / Empresa / Titula	ar: UNIMED DO	ESTADO DO PAR	RANA					
28 - Data da Solicitação		29 - Assinatura	do Profissional Solicitante 30	- Assinatura do R	Responsável pela Au	itorização					



## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

1 1	Número da Guia Referen		4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribu			
343269		91373129			91373129	30/05/2023 10:46		91373129		
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
9750000017574580										
8 - Nome	<u> </u>									
DENOIR ALEIXO JUNIOR										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicitante	е		10 - Telefone		11	- E-mail				
GUILHERME JOSE MIYAS	SAKI PIOVESANA									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MENISCO MEDIAL + CONDROPLASTIA JOELHO ESQUERDO RUPTURA DO MENISCO MEDIAL CONDROPLASTIA JOELHO ESQUERDO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO MEDICO DE ACORDO .										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do Mate	erial 15 - I	Descrição				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	tado 19 - Qtde. Autorizada	a 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Material	1.45	22 - Referência do mater		2	23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- <b>00</b>	LAN	MINA PARA SHAVER SET	SIO DE IMPLANTESORTOPEDIO	COSI TDA	_		_  1	,		
2-		ANTINOW COWLING	ODE INFLANTESORTOFEDIO	JOSETDA				,		
<del>                                   </del>					_1	_	-l			
3-		IIIIII	·		 		 -			
	_   _ _ _				_,		-ı ı <u></u> ıı	1-1-1-1-1/1-1-1		
4-   _						_				
	_ _ _		_ _ _	_ _						
5-   _	_ _			L	_	_	_	_ _ , _		
	_ _ _		_ _ _	_ _	_	_	_			
6-	_ _ _			L	_	_	_	_ _ , _		
	_ _ _			_ _ _	_ _ _	_	_			
24 - Especificação do Material  25 - Observação / Justificativa  Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOART ROSCOPICO DE JOELHO MEDICO DE ACORDO . / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro				28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				