

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92330712

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núm	nero da Guia At	ribuído pela Opera	adora							
343269	3 - Null	ielo da Guia Ali	прина рега Орега	auora		923	30712				
4 - Data da Autorizaçã		5 - Senha		6 - Data de Valid							
25/08/20			92330712		28/10/202	3]					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
7 - Número da Carteira 03200000756348		- Atendiment									
50 - Nome Social											
10 - Nome											
MARCIA DE FAT	IMA MAF	RTINEZ									
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado											
10.246.214/0001-			l l	ORTOPEDIA E	SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profission	onal Solicita	ante			15 - Co	selho Profiss	ional	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE RIE	BEIRA PE	ROVENZA			06			28281		41	225270
Dados do Hospital /											
19 - Código na Operad		11		al / Local Solicitad					H		ara Internação
10.246.214/0001-				OPEDIA ESPE					<u> </u>	2023 15:0	
22 - Caráter do Atendim	ento 23	- Tipo de Interna	ação 24 - Regin	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OP	ME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica				<u> </u>							
29 - CID 10 Principal (Procedimentos ou It 34 - Tabela 35 - C	ens Assist		ados 36 - Descrição			D 10(4) (opcic		ŕ	37	cidente ou c 9 - Qtde. Soli	loença relacionada) c. 38 - Qtde. Aut.
	1- 22 30733057 MENISCECTOMIA - UM ME 2- 22 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA -										1
3- 98 0801				OSCOPIA DE J		•	JECCA	O E/OU PLASTI	A# 1 1		1
4- 18 6000				ACOMPANHAN			MPLET	A	1		1
5- 18 6002	4151		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQUIP	AMENTO F	ARA A	RTROSCOPIA	PAR 1		1
6-											
Dados da autorização											
39 - Data provável da	Admissão h	nospitalar 40	- Qtde Diárias Au 1	torizadas 41	- Tipo de Acomod	açao autoriza	aa				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código C								44 - Código CNES			
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/08/2023 / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
+o - ⊔ata da Solicitaçã	IU	47 - Assin	atura do Profissio	riai Soilcitante	40 - Assinatura do	peneticiario (ou Kespo	nisavei 49 - Ass	sınatura do	Responsav	eı peia 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 Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269	92330712		92330712	25/08/2023 14:03		92330712			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social								
0320000075634821									
8 - Nome									
MARCIA DE FATIMA M	ARTINEZ								
Dados do Profissional Solici	tante								
9 - Nome do profissional solicit		10 - Telefone	11	- E-mail					
ALEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica 00116700 VIDEOARTROSCOPIA DE	JOELHO ESQUERDO								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do N				. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
1- 00590045 80777280006	LAMINA PARA SHAVER SET	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-	_ 1	,			
2- 00116700		IPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			1				
80743230025		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-ı · ı				
3- _					_	_ _ ,			
			_ _ _ _	_	_ _				
4- _ _				_	_	,			
				_					
5-				_	_	,			
		_ _ _ _		_	_ _				
				_	_	,			
24 - Especificação do Material									
, ,									
25 - Observação / Justificativa Talafona Contractor (40)0000 / Faritida em 05/00/0000 / Faritida em 05/00/000 / Faritida									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/08/2023 / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					