

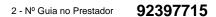
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92397715

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da	Guia Atribuído	o pela Opera	dora							
343269						97715				
4 - Data da Autorização 5 - S 31/08/2023 17:07		92397715	6 - Data de Valid	dade da Ser 03/11	1					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 9750000007815401		11	lidade da Carteira 2/2024		9 - Atendiment					
50 - Nome Social		10/02	2/2024			!				
10 - Nome LUANA DOS SANTOS ALVES										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03	11	- Nome do Co	ontratado OO CORACAO	DELON	DRINA I TDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante		JOI IIAL L	- OOKAGAO		- Conselho Profiss	ional 1	6 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
DANILO CANESIN DAL MOLIN				0		- 11	24619 41 225270			1
Dados do Hospital / Local Solicitado /										
19 - Código na Operadora / CNPJ 04.762.301/0001-03	11		al / Local Solicitado CORACAO DE		ΝΔΙΤΠΔ			1	sugerida p 023 00:0	ara Internação n
	e Internação		e de Internação		Diárias Solicitadas	26 - Previ	isão de uso de OP	<u> </u>		uso de Quimioterápico
1	C		1		1		S			N
28 - Indicação Clínica LUXAÇÃO OMBRO ESQUERDO SL	AP HILL SAC	CHS GI FNO	DIDE							
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CI		1 - CID 10(3) (opc	(opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33		3 - Indicação de A	Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9				
Procedimentos ou Itens Assistenciais	Solicitados	,								
34 - Tabela 35 - Código do Procedim 1- 22 30735050 2- 22 30735084 3- 22 30735041 4- 18 60000554 5- 18 60024151 6-	LU Ri LE Di	ESSECCA ESAO LAB IARIA DE	O LATERAL DA RAL - PROCEI APARTAMENT	A CLAVIO DIMENTO TO SIMPL	CEDIMENTO VIE SULA - PROCED VIDEOARTROS ES QUIPAMENTO F	OIMENTO SCOPICO	VIDEOARTRO DE OMBRO	DE O 1 DSC 1 1	 	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
39 - Data provável da Admissão hospital	ar 40 - Qtde	e Diárias Aut	11		omodação autoriza	da				
[[[] [] [] [] [] [] [] [] []		1	12							44 0/ " 5::=5
42 - Código na Operadora / CNPJ autori 04.762.301/0001-03	11		ospital / Local Auto		DRINA LTDA					44 - Código CNES 2758083
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 31/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN A 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização										



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed A

	_						
	3 - Número da Guia Referen	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	o pela Operadora
343269		92397715		92397715	31/08/2023 17:07		92397715
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
9750000007815401							
8 - Nome) <u>L</u>					
LUANA DOS SANTOS	ALVES						
Dados do Profissional Solici	tante						
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
DANILO CANESIN DAL MOLIN							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica LUXAÇÃO OMBRO ESQUE LUXAÇÃO OMBRO ESQUE AUTORIZADO CONFORME	RDO SLAP HILL SACHS						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do materi		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 71502661	AN		ERKNOTTM - 912068 ANCORA FLEXIVEL J	5		_ 5	_ _ ,
80044680086			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 00 00590045 80777280006	LAI	MINA PARA SHAVER SETO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> 2 </u>		_ 2	_ _ _ ,
3- 00 70917540	CAI		PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO				
80777280003	CAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	,
4- 00 00596221	CIII		SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M			1	
80743230002	Gui		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ '	,
5- 00 00116700	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			1	
80743230025	O/Ai		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>	1 <u> 1 - 1 1 1 -</u>	_ '	
6- _ _ _ _ _ _	_					_	_,
24 - Especificação do Material					<u></u>		
25 - Observação / Justificativa		(0.0 (0.0.0.0.) (1.1.1 T.C. T.T. T.T. T.T. T.T. T.T. T.T.					
Telefone Contratado: (43)33	315-2000 / Emitido em 31/	'08/2023 /AUTORIZADO CON	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular:	UNIMED DO ESTADO	O DO PARANA		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		