

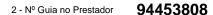
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94453808

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da (Guia Atribuído	o pela Opera	adora			94453	808				
4 - Data da Autorização	5 - Se	enha		6 - Data de Valid	dade da S	Senha	34433	000				
18/03/2024	11		4453808			05/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Va	alidade da Carteira		9 -	Atendimento d	de RN				
9750000016613603							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome ANA CAROLINA TEIXEIRA FAGUNDES												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	- Nome do C IIORT E C	ontratado DRTOPEDIA E	SPECIA	LIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional	Solicitante						elho Profission	nal 16	- Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA					- 11	06 30165					41	225270
Dados do Hospital / Loc	al Solicitado /	Dados da Ir	nternação		- 1,							
19 - Código na Operadora	/ CNPJ	11		al / Local Solicitado						11		ara Internação
10.246.214/0001-04			ORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZ								04/2024 00:00	
22 - Caráter do Atendimento 1	- 11	e Internação C	24 - Regin	ne de Internação 1	25 - Qt	de. Diárias	Solicitadas	26 - Previs	ão de uso de OF S	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica RECONS TRUÇÃO LIG	ΔΜΕΝΤΔΡ ΙΟ	DELHO DIR	EITO LC4	1								
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)												
									9			
1- 22 3073303 2- 22 3073121 4- 18 6000080 5- 18 6002415 6-	o do Procedime 0 3 6 5	ento 36 C(RI TF DI	ECONSTR RANSPOS IARIA DE	LASTIA (COM F RUCAO, RETEN RICAO DE MAIS QUARTO COL AXA DE APAR	ICIONAI 3 DE 1 T .ETIVO I	MENTO (ENDAO · DE 2 LEI	OU REFOR TRATAME	CO DO L ENTO CII BANHEIF	IGAMENTO RURGICO RO PRIVATIV	NTO 1 CR 1 1 /O 1	- Qtde. Sol	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1 1 1
Dados da autorização	iscão bospitala	ar 40 Otd	o Diários Au	torizodos 41	Tipo do	Acomodoo	ão autorizado	7				
39 - Data provável da Adm			e Diárias Au 1	1		Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104												
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 18/03/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARA NA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
46 - Data da Solicitação	47	 Assinatura 	ao Profissio	nal Solicitante	48 - Assir	natura do B	eneticiário ou	Responsá	vel 49 - Ass	sınatura do	Responsáv	ei pela Autorização



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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		94453808		94453808	18/03/2024 17:29		94453808
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
9750000016613603							
8 - Nome							
ANA CAROLINA TEIXE	IRA FAGUNDES						
Dados do Profissional Solic	itante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
GUILHERME JOSE MI	ASAKI PIOVESANA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica RECONS TRUÇÃO LIGAM RECONS TRUÇÃO LIGAM AUTORIZADO CONFORMI	ENTAR JOELHO DIREITO	O - LCA O LCA					
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00597007 80044680085	PAI		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ ,	_ 1	_ ,
2- 72320907	DIS		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -			I 1	_ _ _ ,
80044680067	2.0		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1 '	III''II
3- 100066879	CAI	NULA DE DEBRIDAÇÃO A	ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-			_ 1	
81288540024		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _		-	
4-					_	_	_ _ , _
	_ _ _				_ _ _ _	_	
5-	_ _ _				_		_ _ ,
		_ _ _			_!	-	
⁶⁻	_ _ _				_	_	_ _ _ ,
24 - Especificação do Material				<u> </u>			
25 - Observação / Justificativa							
		03/2024 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titul	ar: UNIMED DO ESTA	NDO DO PARANA		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		