

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92//3111

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 92773111 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 06/10/2023 09:51 92773111 05/12/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 9750000007942063 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome JOSE MAYCON MARQUES Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 225270 **ROBERTO GRANGE GASPARELLI** 06 32428 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 12/10/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico C 1 S Ν 1 28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO 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) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30733073 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR 2- 22 30731216 TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 1 3- **98** 08011046 PCT LIGAMENTOPLASTIA UNIORTE - ENF 4- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 6- |__|_| 11-12-___ I I I I II I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/10/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

· · ·	3 - Número da Guia Referenciada 4 -		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		92773111		92773111	06/10/2023 09:51		92773111
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
9750000007942063							
8 - Nome							
JOSE MAYCON MARQUES							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone				1	1 - E-mail		
ROBERTO GRANGE GASPARELLI							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A AUTORIZADO CONFORMI	NEXO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M	Material 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 70627657	PL/		A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA	<u> </u>		_ 1	_ _ ,
10208610040			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 00 00597007 80044680085	PAI		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	_ 1	_ ,	_ 1	_ _ , _
	1.44		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			1 4	
3- 00	LAI	WINA PARA SHAVER SET	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	_ _ , _
4- _ _ _ -						_	_ _ , _
5-	_ _ _ _				_	_ _	_ _ , _
	_ _ _	_ _ _	-		_ _ _ _	_	
6-	_				_	_	_ ,
24 - Especificação do Material							
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 06/	10/2023 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titula	r: UNIMED DO ESTAI	OO DO PARANA		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		-