

2 - Nº Guia no Prestador

91007402

(Via HOSPITAL)

		l.												
1 - Registro ANS	3 - Número da Gu	ia Atribuído	pela Oper	adora										
							9100	7402						
4 - Data da Autorização	5 - Senh	ıa		6 - Data de \	/alidade da	Senha								
28/04/2023	10:45	91	007402		27/	/06/2023								
Dados do Beneficiário														
7 - Número da Carteira			11	alidade da Carte	eira	9 -	Atendimento	de RN						
9750000018132556			30/0	9/2023			N							
50 - Nome Social														
10 - Nome  LUCIA GORETTI ZANDONADI CORREA														
Dados do Contratado S	Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora	l	13 - 1	Nome do C	Contratado										
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E	ORTOPEDIA	ESPECI	ALIZADA	LTDA							
14 - Nome do Profissiona	Solicitante					15 - Conse	elho Profissio	nal	16 - Número do	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO		
CESAR EDUARDO	CASTRO FER	REIRA M	ARTINS	3		06			22343		41	225270		
Dados do Hospital / Loc	al Solicitado / Da	ados da Inte	ernação											
19 - Código na Operadora	/ CNPJ	20 - Nome	do Hospi	tal / Local Solici	tado					+1	0 .	oara Internação		
10.246.214/0001-04		UNIORT	E ORT	OPEDIA ES	PECIALIZ	ZADA LT	DA			10/05	5/2023 00:0	023 00:00		
22 - Caráter do Atendiment	23 - Tipo de Ir	nternação	24 - Regir	me de Internação	25 - C	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de C	PME 27	- Previsão de	uso de Quimioterápico		
1	С			1		1			S			N		
28 - Indicação Clínica														
tornozelo esq														
29 - CID 10 Principal (opc	ional) 30 - CID	10(2) (opcid	onal)	31 - CID 10(3) (	opcional)	32 - CID	10(4) (opcion	al)	33 - Indicação de	Acidente	(acidente ou d	doença relacionada)		
											9			
Procedimentos ou Itens	Assistenciais So	licitados				·								
34 - Tabela 35 - Códig	go do Procediment	o 36 -	Descrição	)						3	37 - Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.		
1- 22 3073122	24	TRA	ANSPOS	SICAO UNICA	A DE TEN	DAO				1	1	1		
2- 22 3072922	20								CIRURGICO	1	1	1		
3- <b>22</b> 3072815				_			_	_	NOZELO - TRA			1		
4- 18 6000038				ACOMPANE						1		1		
5- 18 6000080	<b>)</b> 5	DIA	RIA DE	QUARTO C	OLETIVO	DE 2 LEI	TOS COM	BANH	EIRO PRIVAT	IVO 1	1	1		
6-   _	-     -	-!								!	_ _ _			
7-   _	-!!!!	-!								!	_ _ _			
8-	_   _	-!								!	_ _ _			
9-	-	-!								!	_ _ _			
10-  _	-	-!								!	_ _ _			
	-    -	-!												
12-  _	_											III		
Dados da autorização														
39 - Data provável da Adr	nissão hospitalar	40 - Qtde		- 11		e Acomodaç	ão autorizada	а						
			1		1									
42 - Código na Operadora	/ CNPJ autorizad	11		Hospital / Local								44 - Código CNES		
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E	ORTOPEDIA	ESPECI	ALIZADA	LTDA					6528104		
45 - Observação / Justific														
Telefone Contratado: (-O DO PARANA	43)3372-0900 / E	mitido em 2	28/04/202	23 /CONFORM	IE PAREC	ER DA UN	MED DE O	RIGEM	AUTORIZADO	/ Empres	a / Titular: U	NIMED DO ESTAD		
O DO FARANA														
									- 1 1 40 A					



2 - Nº Guia no Prestador

91007402

(Via MÉDICO)

1 - Registro ANS 3 - Núme	ero da Guia Atr	07402									
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Validade d		01402						
28/04/2023 10:45		91007402	1	7/06/2023							
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		t i	idade da Carteira	9 - Atendiment							
9750000018132556		30/09	0/2023		l .						
50 - Nome Social											
10 - Nome  LUCIA GORETTI ZANDON	ADI CORRI	EA									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Co	ontratado								
10.246.214/0001-04		UNIORT E O	RTOPEDIA ESPEC	IALIZADA LTDA							
14 - Nome do Profissional Solicitan CESAR EDUARDO CASTR		RA MARTINS		15 - Conselho Profiss 06	ional	16 - Número do Co 22343	onselho	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>		
Dados do Hospital / Local Solici	tado / Dados	da Internação		J L							
19 - Código na Operadora / CNPJ	20	- Nome do Hospita	al / Local Solicitado				21 - Data	sugerida p	ara Internação		
10.246.214/0001-04	UN	NORT E ORTO	PEDIA ESPECIAL	IZADA LTDA			10/05/2	023 00:0	0		
22 - Caráter do Atendimento 23 -	Tipo de Interna	ação 24 - Regim	e de Internação 25 -	Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OPI <b>S</b>	ME 27 - F	Previsão de I	uso de Quimioterápico		
28 - Indicação Clínica											
29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID 10(2	2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcid	onal)	33 - Indicação de A	•	cidente ou d	loença relacionada)		
Procedimentos ou Itens Assiste	L nciais Solicita	ados									
34 - Tabela   35 - Código do Pro		36 - Descrição TRANSPOSI PE PLANO/F LESOES LIG	SAMENTARES CRO	NDAO D TARSAL - TRATA NICAS AO NIVEL D	O TORI	NOZELO - TRAT	1 1 AM 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1		
39 - Data provável da Admissão ho	ospitalar 40	- Qtde Diárias Auto	orizadas 41 - Tipo	de Acomodação autoriza	ıda						
42 - Código na Operadora / CNPJ		43 - Nome do Ho	ospital / Local Autorizado						44 - Código CNES		
10.246.214/0001-04  45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372- O DO PARANA	-0900 / Emitic		RTOPEDIA ESPEC		ORIGEM	1 AUTORIZADO / I	Empresa /	Titular: UI	NIMED DO ESTAD		
46 - Data da Solicitação	47 - Δssin	atura do Profission	nal Solicitante	sinatura do Beneficiário	OU Rasno	onsável 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el nela Autorização		



2 - Nº Guia no Prestador

91007402

(Via ANESTESISTA)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	a Atribuído	nela Onera	dora									
1 - Negistio ANO 3 -	Numero da Gui	a Allibuldo	реіа Орега	uora			910074	402					
4 - Data da Autorização	5 - Senha		1007100	6 - Data de Va									
28/04/2023 10  Dados do Beneficiário	:45	9	1007402		2//(	06/2023							
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Cartei	ra	9 -	Atendimento d	le RN	1				
9750000018132556			N										
50 - Nome Social													
10 - Nome													
LUCIA GORETTI ZAN	DONADI CO	RREA											
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		H	Nome do Co	ontratado RTOPEDIA	ESPECIA	LIZADA	LTDA						
14 - Nome do Profissional So	licitante						elho Profission	al 16	- Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO	
CESAR EDUARDO CA	STRO FERE	REIRA M	IARTINS		•	06		22	343		41	225270	
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Da	dos da Int	ernação										
19 - Código na Operadora / 0	NPJ	ł		I / Local Solicita		ADA I T	D.4			1		ara Internação	
10.246.214/0001-04  22 - Caráter do Atendimento	O2 Tine de la					de. Diárias		OC Duevie #	o de uso de OP		10/05/2023 00:00  E 27 - Previsão de uso de Quimioterápico		
22 - Carater do Atendimento  1	23 - Tipo de Int	ternação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qt	de. Diarias	Solicitadas	26 - Previsa	S	ME   27 - F	revisão de t	N	
28 - Indicação Clínica tornozelo esq													
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID	10(2) (opc	ional) 3	1 - CID 10(3) (o	pcional)	32 - CID	10(4) (opcional	l) 33 -	Indicação de A		idente ou d	oença relacionada)	
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Sol	licitados											
1- 22 30731224 2- 22 30729220 3- 22 30728150 4-	lo Procedimento	TR PE	PLANO/F SOES LIG	CAO UNICA PE CAVO/CO BAMENTARE	ALISAO T	TARSAL CAS AO	NIVEL DO	ΓORNOZ	ELO - TRAT	1 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1	
Dados da autorização								_					
39 - Data provável da Admiss	sao hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto <b>1</b>	orizadas 4		Acomodaç	ão autorizada						
42 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizado	11		ospital / Local A		LIZADA	LTDA	•				44 - Código CNES <b>6528104</b>	
45 - Observação / Justificativ Telefone Contratado: (43) O DO PARANA	3372-0900 / Er											NIMED DO ESTAD	



2 - Nº Guia no Prestador

91007402

(Via 1º AUXILIAR)

1 - Registro ANS 3	- Número da Gi	uia Atribuído	pela Ope	eradora		9100	7402				
4 - Data da Autorização	5 - Sen	ha		6 - Data de Valid	dade da Se						
28/04/2023 10	0:45	9	1007402	2	27/0	6/2023					
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira				/alidade da Carteira		9 - Atendiment	- de DNI				
9750000018132556			11	7alidade da Cartella <b>09/2023</b>		9 - Atendiment					
50 - Nome Social											
10 - Nome  LUCIA GORETTI ZANDONADI CORREA											
Dados do Contratado Sol	citante										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11		Contratado ORTOPEDIA E	SDECIA	1 17 A D A 1 T D A					
14 - Nome do Profissional S	olicitante	ON	IONT L	OKTOT LDIA L		15 - Conselho Profissi	onal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
CESAR EDUARDO C		REIRA M	IARTIN:	S	- 11	06	ona.	22343	Oriodino	41	225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado / D	ados da In	ternação		,						
19 - Código na Operadora /	CNPJ	11		oital / Local Solicitad		ADA 1 TD4			H		para Internação
10.246.214/0001-04	10			TOPEDIA ESPE						2023 00:0	
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de I		24 - Reg	ime de Internação <b>1</b>	25 - Qtd	le. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Pr	evisão de uso de OF <b>S</b>	ME   27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico <b>N</b>
28 - Indicação Clínica tornozelo esq											
29 - CID 10 Principal (opcion	nal) 30 - CII	O 10(2) (opc	ional)	31 - CID 10(3) (opc	cional)	32 - CID 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A	cidente (a	acidente ou o	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens A	ecietopeiais S	olicitados								<del>-</del>	
	do Procedimen		- Descriçã	io					37	7 - Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30731224				SICAO UNICA D		_			1		1
2- 22 30729220 3- 22 30728150						TARSAL - TRATA CAS AO NIVEL DO			1 AM 1		1 1
4-			JOLJ L	IGANILIVIANLO	CICONIC	DAG AO NIVEE DI	JION	NOZELO - IKA	_		
5-		_i _							i	_iii	
6-	_ _ _	_  _								_	
7-       8-   _	 	 							- 	ll	_  
9-										_	   _
10-	_ _ _ _	_! _							_	_	_ _ _
11-       _    12-	llll	_							-  -	_ _ _	_    _
Dados da autorização									·		
39 - Data provável da Admis	ssão hospitalar	40 - Qtde	Diárias A	utorizadas 41	- Tipo de A	Acomodação autoriza	da				
42. Cádigo no Operadoro	CND Loutorizo	do 1/42			orizo do						44 Cádigo CNES
42 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ autoriza	- 11		ORTOPEDIA E		LIZADA LTDA					44 - Código CNES <b>6528104</b>
45 - Observação / Justificati Telefone Contratado: (43		Emitido em	28/04/20	)23 /CONFORME	PARECEI	R DA UNIMED DE (	RIGEN	1 AUTORIZADO /	Empresa	/ Titular: U	NIMED DO ESTAD
O DO PARANA	,55. 2 000071		10,0 1,20	J,UJIII OKWE	7LOE		OLIV		p100a	didi. U	
46 - Data da Solicitação	1 47 -	Accinatura (	do Profies	ional Solicitante	18 - Δesin	atura do Reneficiário	nu Resno	nsável 49 - Ase	inatura do	Resnonsá	rel nela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS	s - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pe	ela Operadora
		91007402		91007402	28/04/2023 10:45		91007402
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
9750000018132556							
8 - Nome							
LUCIA GORETTI ZANDO	ONADI CORREA						
Dados do Profissional Solicit							
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	1	- E-mail		
CESAR EDUARDO CAS	TRO FERREIRA MAR	TINS					
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica PEDIDO MÉDICO EM ANEX tornozelo esq CONFORME PARECER DA			CIRUSIL / 03 FAST LOCK + 01 PARAFUSO DE IN	TERFERÊNCIA TITÂI	NIO + 02 ÂNCORAS MONTADAS	TITÂNIO: ARTHROM	
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição	int an febricants		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20 -	- Valor Unitário Autorizado
<ul><li>21 - Registro ANVISA do Mater</li><li>1- 00 70446822</li></ul>		22 - Referência do mater	I-216.35 PARAFUSO CANULADO ROSCA P	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_  2  _	
80163430004	170		PLANTES ORTOPEDICOS LTDA	<u> </u>		_1 - 1_	
2- 00 76221229	ANO		ERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR	3		_  3  _	
10247700123		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 			
3- <b>00 70530815</b>	PAF	RAFUSO PARA RECONST	RUCAO LIGAMENTAR (ESTERILIZADO) - 3	1	_ _ _ , _	_  1  _	_ _ _ ,
10209780026		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- 00 71876561	ANG		PLICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 -	2	,	_  2  _	_ _ _ ,
80083650063		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5-	<del> _ _ _ </del>				_	-        -	_ _ _ ,
	-		-		_ _ _ _	_ _	_ _ _ ,
	!!!!! -				_	_	1 1  1
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)33	72-0900 / Emitido em 28/	04/2023 /CONFORME PARE	ECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO / En	npresa / Titular: UNIM	ED DO ESTADO DO PARANA		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		