

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92591853

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núm	ero da Guia Atr	buído pela Opera	dora		9259	1853				
4 - Data da Autorização		5 - Senha	1	6 - Data de Valid	tade da Senha	7	1000				
20/09/202		3 - Seriila	92591853	0 - Data de Valid	20/11/2023						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira	_		- 11	lidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN				
151000003016345)		30/07	7/2023		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome LUIZ ISAO ABE											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-0			13 - Nome do Co		SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profission	14 - Nome do Profissional Solicitante						15 - Conselho Profissional 16 - Número do 18734			17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo			da Intornação					10734][223210
19 - Código na Operado				al / Local Solicitado	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-0		11			CIALIZADA L	DA				2023 00:0	
22 - Caráter do Atendime	nto 23	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	ie de Internação 1	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPM S	1E 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica LESAO DO LCA JOELHO ESQUERDO											
29 - CID 10 Principal (op	ocional)	30 - CID 10(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opc	sional) 32 - CIE	10(4) (opcion	nal)	33 - Indicação de Ad	cidente (a	cidente ou c	oença relacionada)
Procedimentos ou Iter	ns Assiste	enciais Solicita	dos								
34 - Tabela 35 - Cóo 1- 22 307260 2- 18 600003 3- 18 6000003)34 384	ocedimento	ARTROPLA: DIARIA DE A	ACOMPANHAN	NTE COM REFE	ICAO COM	PLET/	RATAMENTO C A EIRO PRIVATIVO	IR 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 2
4-									- - - - - - -		
Dados da autorização		1	0.1.517			~					
39 - Data provável da A	dmissão h	ospitalar 40 ·	Qtde Diárias Aut	orizadas 41	- Tipo de Acomoda	ção autorizad	a				
42 - Código na Operado 10.246.214/0001-0		J autorizado	1	ospital / Local Auto		A LTDA	<u> </u>				44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/09/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissior	nai Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário o	u Respo	nsável 49 - Assii	natura do	Responsáv	el pela 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 Referen	11				5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atrib	puído pela Operadora		
343269	92591853			92591853	20/09/2023 10:24	92591853				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
1510000030163450										
8 - Nome										
LUIZ ISAO ABE										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone		11 - E-mail					
MARCUS VINICIUS DA	NIELI									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica LESAO DO LCA JOELHO I LESAO DO LCA JOELHO I AUTORIZADO CONFORME	SQUERDO									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição	ial no fabricanto		16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizad	da 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 1- 74949861 PLATO TIBIAL DE POLIETILENO ESTABILIZADO ZIMMER - 42-				IMER - 42-5226-004-	23 - N- Autorização 		1			
80044680317							-1 -	1-1-1-171-1-1		
2- 74931105							_ 1	_ _ ,		
80044680301	044680301 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA									
PAGE TIBIAL METALICA - 42-5570-001-14 COMPONENTE HASTE TIBIAL					<u> </u> 1	_ ,	_ 1	,		
80044680301 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA										
					_		_ 1	,		
80044680307										
5- 00 72397950 10243070064	Cilvi		CIO DE IMPLANTESORT		2 	_ 	_ 2	- -		
6-		Alternation Comment	710 DE 11111 E/1111 E00111	0. 25.0002.5%			_	,		
					, - _ _ _	,		1111/111		
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/09/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				