

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95366701

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia A	Atribuído	pela Opera	dora								
343269								9536	6701				
4 - Data da Autorização 05/06/2024	16:42	5 - Senha	95	366701	6 - Data de Va		Senha /08/2024						
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira				8 - Val	idade da Carteir	a	9 -	Atendimento	de RN				
9750000017131220	)							N					
50 - Nome Social													
10 - Nome													
ANTONIO CLARE	TI DOS S	SANTOS											
Dados do Contratado	Solicitant	е											
12 - Código na Operado			11	Nome do Co									
10.246.214/0001-04			UNI	ORIEO	RTOPEDIA E	ESPECI				T		1	
14 - Nome do Profission <b>ALEXANDRE DE C</b>			οz				15 - Conselho Profissional <b>06</b>			16 - Número do Conselho 17905		17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Lo	ocal Solici	itado / Dado	s da Inte	ernação									
19 - Código na Operado 10.246.214/0001-04		- 11			I / Local Solicita DPEDIA ESP		ZADA LT	DA			11	a sugerida p 2024 00:0	ara Internação <b>0</b>
22 - Caráter do Atendimer	nto 23 -	Tipo de Inter	nação	24 - Regim	e de Internação	25 - C	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OF <b>S</b>	PME 27 -	Previsão de ı	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica													
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			)(2) (opci	opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  9			
Procedimentos ou Iten	ıs Assiste	enciais Solic	itados				1						
34 - Tabela     35 - Cóc       1- 22     307331       2- 22     307312       3- 18     600003       4- 18     600008       5- 18     600241       6-	103 216 384 805	ocedimento	INS TRA DIA DIA	ANSPOSI ARIA DE <i>A</i> ARIA DE (	CAO DE MAI ACOMPANHA QUARTO CO	S DE 1 NTE CO LETIVO	TENDAO DM REFEI DE 2 LEI	- TRATAN CAO CON TOS COM	IENTO IPLETA BANH	L DA PATELA, I CIRURGICO A HEIRO PRIVATI <sup>I</sup>	RET 2 1 1 /O 1	- Qtde. Soli	2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
7-	    												
Dados da autorização													
39 - Data provável da Ad	dmissão ho	ospitalar 4	0 - Qtde	Diárias Auto <b>1</b>	orizadas 4		e Acomodaç	ão autorizad	la				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  44 - Código C 6528104								44 - Código CNES <b>6528104</b>					
45 - Observação / Justifi Telefone Contratado: A	(43)3372												



Unimed A

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referen	piada 95366701	4 - Senha		95366701	5 - Data da Autorização 05/06/2024 16:42	6 - Número da Guia at	ribuído pela Operadora <b>95366701</b>
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
9750000017131220								
8 - Nome ANTONIO CLARETI DO	S SANTOS							
Dados do Profissional Solici	ante							
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone		1.	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica REVALIDAR A GUIA 93853: INSTABILIDADE FEMOROF AUTORIZADO CONFORME	PATELAR RELEASE LATE		MINA E 1 RADIOFREQUENCIA					
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do N 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autoriz	ada 20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00499293			AO OB F 2,9X5,5MM 892350000		_  1	_ _ _ ,	_  1	,
80356130052			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	)SLTDA  _	_ _ _ _			
2- <b>00 72466146</b>	ANG	CORA COM APLICADOR	DESCARTAVEL - 2831-027/ 39.44.	.04.00027 -	_  2	,	_  2	_ _ _ , _
10417940137		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	)SLTDA  _	_ _ _ _			
			A REABSORVIVEL GENTLE THRE	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	. 1		_  1	,
80044680085			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO		_ _ _ _			
4- 00	CAN		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO		_  1	_ _ _ ,	_  1	,
<b>60743230025</b> 5-		ARTHROWI COWIER	CIO DE IMPLANTESOR TOPEDICO	JOLIDA	-		1  - - -	,
<sup>y-</sup>	-     				-I	!	_I	IIII'III
		1-1-1-1-1-1-1-					 	_ _ , _
	-,,,,,, -				      -		_,	1111/11
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	372-0900 / Emitido em 05/0	06/2024 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Er	mpresa / Titular: UNI	IMED DO ESTAI	OO DO PARANA		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		