

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94416576

(Via HOSPITAL)

"	3 - Número da	a Guia Atrib	uído pela Ope	radora									
343269				11			944165	76					
4 - Data da Autorização 14/03/2024 16:36			94416576	6 - Data de Val		Senha 05/2024							
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN													
7 - Número da Carteira 0970000125640123			8 - Validade da Carteira			9 - 4	Atendimento de	RN					
50 - Nome Social													
10 - Nome RENATO LINO DE S	OUZA												
Dados do Contratado S	olicitante												
12 - Código na Operadora		11	3 - Nome do Contratado										
10.246.214/0001-04			UNIORT E	RT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA									
14 - Nome do Profissional ALEXANDRE DE OI					15 - Conselho Profissional 16 17			onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação													
19 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	/ CNPJ	- 11		ome do Hospital / Local Solicitado RT E ORTOPEDIA ESPECIALIZ			DA		- 11		- Data sugerida para Internação /03/2024 00:00		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo	de Internaçã	ão 24 - Reg	ime de Internação	25 - Qt	de. Diárias S	Solicitadas 26	- Previsão	de uso de OP	ME 27 - F	revisão de u	uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica DOR INSTABILIDADE JOELHO ESQUEDO													
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 Solicitac										9			
	o do Procedir 5 3 6 5		36 - Descriçã REPARO (RECONST TRANSPO DIARIA DE	OU SUTURA DE RUCAO, RETEI SICAO DE MAI: E QUARTO COI TAXA DE APAF	NCIONAI S DE 1 T LETIVO I	MENTO C ENDAO - DE 2 LEIT	OU REFORC TRATAMENTOS COM BA	O DO LI ITO CIR ANHEIR(GAMENTO URGICO O PRIVATIV	OSC 1 CR 1 1 O 1	- Qtde. Soli	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
39 - Data provável da Adr	nissão hospita	ılar 40 - 0	Qtde Diárias A	utorizadas 41	I - Tipo de	Acomodaçã	ăo autorizada	1					
	·		1	1									
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 14/03/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO													
46 - Data da Solicitação		7 - Assinat	ura do Profissi	onal Solicitante	48 - Assir	natura do Be	eneficiário ou R	esponsáv	el 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização	



2 - Nº Guia no Prestador

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

Unimed A

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 94416576 94416576 14/03/2024 16:36 94416576 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0970000125640123 8 - Nome **RENATO LINO DE SOUZA** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica DOR + INSTABILIDADE JOELHO ESQUEDO DOR INSTABILIDADE JOELHO ESQUEDO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 1- 00 00499293 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2.9X5.5MM 892350000 80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA PLACA ENDOBOTTON PARA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA 2- 00 70627657 10208610040 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00597007 PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB 3- 00 80044680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4- 00 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/03/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização