

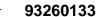
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93260133

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núme	ero da Guia Atri	buído pela Opera	adora		9326	60133				
		5 - Sonha		6 - Data de Valid	tada da Sanha	7	30133				
4 - Data da Autorização 5 - Senh. 22/11/2023 15:10		5 - Senna	93260133 6 - Data de Validade da		23/01/202	4					
Dados do Beneficiário						_					
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira		- Atendiment	o de RN				
9750000017115887						N					
50 - Nome Social											
10 - Nome MARIO KOBAYASI											
Dados do Contratado S		e									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C UNIORT E C	ontratado ORTOPEDIA ES	SPECIALIZA	OA LTDA					
14 - Nome do Profissiona BRUNO BOSIO DA		nte			15 - Co	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 32301			Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270		1
Dados do Hospital / Loc		tado / Dados (da Internação					02001][
19 - Código na Operadora			-	al / Local Solicitado	0			1	21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		11		OPEDIA ESPE	CIALIZADA				02/12/2	2023 00:0	=
22 - Caráter do Atendiment 1	0 23 -	Tipo de Internaç	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diár		26 - Pr	evisão de uso de OPI N	ИЕ 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico N
29 - CID 10 Principal (opc	ional)	30 - CID 10(2)	(opcional) 3	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - C	D 10(4) (opcic	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loenca relacionada)
25 Old To Timolpar (ope	ionaly	00 012 10(2)	(opolorial)	71 012 10(0) (000	nonal)	<i>D</i> 10(4) (opole	, inary	- maioayao ao 70	ordonio (d	9	
Procedimentos ou Itens											-
34 - Tabela 35 - Códii 1- 22 307350; 2- 22 307350; 4- 18 600008; 5- 18 600241; 6-	33 58 34 05	cedimento	ACROMIOP RUPTURA E RESSECCA DIARIA DE	LASTIA - PROC DO MANGUITO O LATERAL D QUARTO COL	ROTADOR - A CLAVICULA ETIVO DE 2 L	PROCEDIMI A - PROCED EITOS COM	ENTO \ IMENT I BANH	PICO DE OMBRI /IDEOARTROSC O VIDEOARTRO IEIRO PRIVATIV RTROSCOPIA F	O 1 SOP 1 SC 1 O 1	- Qtde. Sol	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adı	nissão ho	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Aut 1	torizadas 41 1	- Tipo de Acomo	lação autoriza	da				
42 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	a / CNPJ	autorizado		ospital / Local Auto		DA LTDA					44 - Código CNES 6528104
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa											



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

Unimed A

4. Danistra ANC	3 - Número da Guia Referen	-:	A Cooks		I C. Data da Autariana a	6 - Número da Guia atril	huida nala Onanadana				
1 - Registro ANS	3 - Numero da Guia Referen	1	4 - Senha	00000400	5 - Data da Autorização						
343269		93260133		93260133	22/11/2023 15:10		93260133				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
9750000017115887											
8 - Nome											
MARIO KOBAYASI											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	1	1 - E-mail						
BRUNO BOSIO DA SIL	.VA										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica LESAO MANGUITO ROTA LESAO MANGUITO ROTA											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do l		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autoriza	da 20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento						
1- 100066879	CAN		ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	_ 2		_ 2	,				
81288540024			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
2- 00 00608459	PO		ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA	1		_ 1	,				
80082910131			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
3- 00241202	TRO		D 8,25X90MM PARTRO009			_ 2	,				
80371250020			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
4- 72549912	ANG		JUGGERKNOTLESS - 010000324: 1.45 MM J	_ 4		_ 4	_ _ _ ,				
80044680279		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
5-	_ _ _					_ _	,				
			-			_					
6- _ _ _ _ _ _	 					_l	,				
24 - Especificação do Materia											
,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,											
25 - Observação / Justificativa				<u> </u>		<u> </u>					
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/11/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA											
00 Parts In O " " "	107 4	· Control Only in		100 4 1 1	. D						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	otissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização		•				