

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95941999

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da G	uia Atribuído	o pela Opera	adora			95941	999					
4 - Data da Autorização	5 - Ser	nha		6 - Data de Val	lidade da S	Senha							
26/07/2024 14:33			5941999		24/	09/2024							
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN													
7 - Número da Carteira 9750000017054403			8 - Va	8 - Validade da Carteira				de RN					
9750000017054403 N 50 - Nome Social													
10 - Nome ROBERTO HUMMIG													
Dados do Contratado S													
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		Nome do C		ESPECIA	ALIZADA	LTDA							
										18 - Código CBO			
ALEXANDRE DE OI	IVEIRA QUE	IROZ				06 17905			7905		41	225270	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação													
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 26/07/2024 00:00 26/07/2024 00:00													
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internaci											- Previsão de uso de Quimioterápico		
2	11 '		L4 Rogin	1	20 @	1		20 1100100	S		TOVIDUO GC	N	
28 - Indicação Clínica REPARO OU SUTURA	DE LIM MENIO		'										
29 - CID 10 Principal (opc	onal) 30 - Ci	D 10(2) (opc	cional) 3	31 - CID 10(3) (op	ocional)	32 - CID	10(4) (opciona	al) 33·	· Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)	
										9			
Procedimentos ou Itens													
34 - Tabela 35 - Códig 1- 22 3073306 2- 22 3073304 3- 98 0801108 4- 18 6002415 5-	9 0	RE OS PC	STEOCON CT ARTRO LUGUELT	U SUTURA DE IDROPLASTI <i>I</i> DSCOPIA DE . AXA DE APAI	A - ESTA JOELHO RELHO /	BILIZAC UNIORT EQUIPA	AO, RESSE - APT MENTO PA	RA ART	ROSCOPIA	OSC 1 A # 1 1	- Qtde. Sol	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
10-		<u> </u>								_	_		
11- _ 12-	- -	 								_ -	_ _ 	_ 	
Dados da autorização	-111											111	
39 - Data provável da Adn	nissão hospitalar	40 - Qtde	e Diárias Aut 1	torizadas 4		Acomodaç	ão autorizada						
42 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	/ CNPJ autoriza		lospital / Local Au		Δ1 17 Δ D Δ	LTDA					44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 26/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN A													
46 - Data da Solicitação	47 -	- Assinatura	ao Profissio	nal Solicitante	48 - Assi	natura do E	eneticiário ou	Responsá	vel 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização	



2 - Nº Guia no Prestador

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

Unimed A

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

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 95941999 95941999 26/07/2024 14:33 95941999 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 9750000017054403 8 - Nome **ROBERTO HUMMIG** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO 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 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00499293 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2.9X5.5MM 892350000 80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |__|__|, 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 26/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização