

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94417773

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Gui					
3/3360	a Atribuído pela	a Operadora			
J4JZUJ			944	117773	
4 - Data da Autorização 5 - Senh	a	6 - Data de Valida	ade da Senha		
14/03/2024 17:55	9441	7773	18/05/2024		
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimer	nto de RN	
9750000013995173				N	
50 - Nome Social					
10 - Nome					
IGOR RECH MAZZUTTI					
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora	13 - Nom	ne do Contratado			
10.246.214/0001-04	UNIOR	T E ORTOPEDIA ES	PECIALIZADA LTDA		
14 - Nome do Profissional Solicitante			15 - Conselho Profis	sional 16 - Número do Co	onselho 17 - UF 18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEII	ROZ		06	17905	41 225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Da	dos da Interna	ação			
19 - Código na Operadora / CNPJ	t	Hospital / Local Solicitado			21 - Data sugerida para Internação
10.246.214/0001-04	UNIORT E	ORTOPEDIA ESPEC	HALIZADA LTDA		20/03/2024 00:00
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de In	ternação 24	- Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPI	ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico
1 C		1	1	S	N
28 - Indicação Clínica					
DOR INSTABILIDADE ANTERIOR JOEI	_HO				
					•
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID	10(2) (opcional	I) 31 - CID 10(3) (opcio	onal) 32 - CID 10(4) (opci	ional) 33 - Indicação de A	cidente (acidente ou doença relacionada)
					9
Procedimentos ou Itens Assistenciais So	licitados				
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento		=			37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30733065				DIMENTO VIDEOARTRO	
2- 22 30733030		•		LIVRES) - PROCEDIME	
3- 22 30733073 4- 22 30731216			DE 1 TENDAO - TRATA	ORCO DO LIGAMENTO	CR 1 1 1
				M BANHEIRO PRIVATIV	
15- 18 60000805	עורותו	A DE QUANTO COLE	TIVO DE 2 ELITOS CO	WI DAMILLING I MIVATIV	
5- 18 60000805 6- 18 60024151	ALUG	UELTAXA DE APARE	LHO / EQUIPAMENTO	PARA ARTROSCOPIA F	
5- 18 6000805 6- 18 60024151	ALUG	UELTAXA DE APARE	LHO / EQUIPAMENTO	PARA ARTROSCOPIA F	
6- 18 60024151	ALUG _	UELTAXA DE APARE	LHO / EQUIPAMENTO	PARA ARTROSCOPIA F	
6- <b>18 60024151</b> 7-	ALUG _	UELTAXA DE APARE	LHO / EQUIPAMENTO	PARA ARTROSCOPIA F	
6- 18 60024151 7-   _      _      _  8-	ALUG _	UELTAXA DE APARE	LHO / EQUIPAMENTO	PARA ARTROSCOPIA F	
6- 18 60024151 7-	ALUG _	UELTAXA DE APARE	LHO / EQUIPAMENTO	PARA ARTROSCOPIA F	
6- 18 60024151 7-	ALUG _     _   _	UELTAXA DE APARE	LHO / EQUIPAMENTO	PARA ARTROSCOPIA F	
6- 18 60024151 7-	ALUG _	UELTAXA DE APARE	LHO / EQUIPAMENTO	PARA ARTROSCOPIA F	
6- 18 60024151 7-	_l _l _l _l		Tipo de Acomodação autoriz:		
6- 18 60024151 7-	_l _l _l _l				
6- 18 60024151 7-	_  _  _  _  _  _  _  40 - Qtde Diái	rias Autorizadas 41 -	Tipo de Acomodação autoriza		
6- 18 60024151 7-	_                  0	rias Autorizadas 41 - 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Tipo de Acomodação autoriza		PAR 1 1
6- 18 60024151 7-	_                  0	rias Autorizadas 41 - 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Tipo de Acomodação autoriza		PAR 1 1 1
6- 18 60024151 7-	40 - Qtde Dián  UNIOR	rias Autorizadas  1 1 1 ne do Hospital / Local Autor	Tipo de Acomodação autoriza izado PECIALIZADA LTDA	ada	PAR 1 1
6- 18 60024151 7-	40 - Qtde Dián  UNIOR	rias Autorizadas  1 1 1 ne do Hospital / Local Autor	Tipo de Acomodação autoriza izado PECIALIZADA LTDA	ada	PAR 1 1
6- 18 60024151 7-	40 - Qtde Dián  UNIOR	rias Autorizadas  1 1 1 ne do Hospital / Local Autor	Tipo de Acomodação autoriza izado PECIALIZADA LTDA	ada	PAR 1 1
6- 18 60024151 7-	40 - Qtde Dián  UNIOR	rias Autorizadas  1 1 1 ne do Hospital / Local Autor	Tipo de Acomodação autoriza izado PECIALIZADA LTDA	ada	PAR 1 1 1



## 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed &

## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	3 - Número da Guia Referenciada 4 - S		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		94417773		94417773	14/03/2024 17:55		94417773	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
9750000013995173								
8 - Nome								
IGOR RECH MAZZUTTI								
Dados do Profissional Solici	tante							
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail			
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica DOR + INSTABILIDADE AN DOR INSTABILIDADE ANT AUTORIZADO CONFORME	ERIOR JOELHO							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate 1- <b>00 00499293</b>		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- <b>00 00499293 80356130052</b>	CAr		AO OB F 2,9X5,5MM 892350000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  <b>2</b>	_   , 	_  2	_ ,	
2- <b>00 00597007</b>	PAF		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			_  2	,	
80044680085			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	, <u> </u>		_1 _	1-1-1-1-1'1-1-1	
3-						_	,	
	_ _ _				_ _ _ _	_ _		
4-   _					_   _ _ , _	_	_,	
	_				_ _ _ _			
<sup>5-</sup>	_				_	_	_ _ , _	
						 _	,	
						_    	I—I—I—I'I—I—I	
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa	370 0000 / Fr. 101	00/0004 /AUTODIZADO 00	NICODME LINIMED DE ODIOCNA A COMPANIO		NDO DO DADANA			
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/03/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização			