

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93027857

(Via HOSPITAL)

1 1	- Número da Gui	a Atribuído p	oela Operad	dora			0200	7057				
<b>343269</b> 4 - Data da Autorização   5 - Senha   6 - Data de Validade da					:		9302	27857				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 9			027857	6 - Data de Vali		enna 2/2023						
Dados do Beneficiário	-											
7 - Número da Carteira 9750000007492106			8 - Val	idade da Carteira	a	9 -	Atendimento <b>N</b>					
50 - Nome Social							IN					
Too Itomo Gosiai												
10 - Nome WOLDIR ANANIAS P	EREIRA											
Dados do Contratado Sol	icitante											
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	ome do Co ORT E O	ontratado RTOPEDIA E	SPECIA	LIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional S					- 11	1 11 11 -					18 - Código CBO	
ALEXANDRE RIBEIR			~			06			28281		41	225270
Dados do Hospital / Loca 19 - Código na Operadora /			-	I / Local Solicitad	do					21 - Dat	ta sugerida n	ara Internação
10.246.214/0001-04				PEDIA ESPE		ADA LT	DA			11	2023 00:0	-
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de In	ernação	24 - Regime de Internação 1		25 - Qtd	Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pr		Previsão de uso de OPME 27 -		Previsão de uso de Quimioterápico		
28 - Indicação Clínica												
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)												
											9	
Procedimentos ou Itens A 34 - Tabela 35 - Código	do Procedimento		Descrição							37	7 - Otde Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30733057 2- 98 08011081 3-		MEN	NISCECT	OMIA - UM M SCOPIA DE J	JOELHO (	UNIORT	E - ENF		EOARTROSCOP			1 1 1
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar   40 - Qtde Diárias Autorizadas   41 - Tipo de Acomodação autorizada												
39 - Data provavel da Admis	ssau nospitalar	+v - Q≀ae L	Diarias Auto <b>1</b>	orizadas   41		-comodaç	au autorizac	ua				
42 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizad	11		ospital / Local Aut		LIZADA	LTDA					44 - Código CNES <b>6528104</b>
UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA   6528104   45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/10/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN A   46 - Data da Solicitação   47 - Assinatura do Profissional Solicitante   48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   49 - Assinatura do Responsável pela Autorização   49 - Assinatura do Responsável pela Autori												





Unimed A

## GUIA DE SOLICITAÇÃO 2-Nº DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia de Sol	4 - Data da Autoriz	- 1							
343269		92875341	31/10/	2023 11:34						
5 - Senha			11	Guia Atribuido pela C	Operadora					
		9302785	57					93027857		
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		31 - Nome Social								
9750000007492106	3									
8 - Nome										
WOLDIR ANANIAS	PEREIRA									
Dados do Contratado	Solicitante									
9 - Código na Operadora	l .									
10.246.214/0001-04	ļ	10 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								
11 - Nome do Profission	al Solicitante	12 - Conselho Profissional 13 - Número do Conselho 14 - UF 15 - Código CBC								
ALEXANDRE RIBE	IRA PROVENZA		06		28281		41	225270		
Dados da Internação										
16 - Qtde. diárias Adicio	nais Solicitadas 17 -Tip	o da Acomodação Solicitada	$\neg$							
1		1								
18 - Indicação Clínica		<u> </u>								
VIDEOARTROSCOPI	A DE JOELHO direito									
Procedimentos ou Iten	s Assistenciais Adicionais	Solicitados								
19 - Tabela 20 - Cód	igo do Procedimento 2	1 - Descrição				22	- Qtde. Soli	c. 23 - Qtde. Aut		
1- 22 307330	57 N	MENISCECTOMIA - UM ME	ENISCO - PROCE	DIMENTO VIDE	OARTROSC	OPICO 1		1		
2- 98 080110	181 F	PCT ARTROSCOPIA DE JO	OELHO UNIORT	E - ENF		1		1		
3-	_ _ _					_	_	_		
4-   _	_ _ _  -					_	_	_		
5-   _	_ _ _  -					_	_			
6-   _	_ _ _  -					_	_			
7-   _						_	_			
8-	_ _ _  -					_	-			
Dados da autorização						<u> </u>				
24 - Qtde. Diárias Adicio	nais Autorizadas 25 - Tip	oo da Acomodação Autorizada	1							
1	1	,								
26 - Justificativa da oper										
20 - Justilicativa da oper	auora									
27 Observação / Justifi	nativa									
27 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/10/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN										
A										
								_		



Unimed A

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

· II	3 - Número da Guia Referenciada	4 -	- Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269	93027857		93027857		31/10/2023 11:34		93027857		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	29 - Nom	e Social							
9750000007492106									
8 - Nome									
<b>WOLDIR ANANIAS PER</b>	EIRA								
Dados do Profissional Solici	ante								
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	11	1 - E-mail				
ALEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica 00499293 VIDEOARTROSCOPIA DE AUTORIZADO CONFORME									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M					e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 -	- Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate 1- <b>00499293</b>		Referência do material n	no fabricante OB F 2,9X5,5MM 892350000	23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
80356130052			DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>                                   </u>	-           -	_  1  _	_ _ , _ , _		
2-	1 1 1 1 1					_			
						-, ,,_,, ,_, ,- _ _			
3-   _					_	_	_ _ _ ,		
		_ _ _ _			_ _ _ _				
4-   _					_   _ _ ,	_	_ _ ,		
		_ _ _ _ _			_ _ _ _				
5-	<del>                                     </del>				_	_	_ _ , _		
6-	_		-		_ _ _ _	_ _	_		
· I	-!!!!! -				_	_	1 1  -  -		
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/10/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional S	olicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				