

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

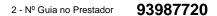
2 - Nº Guia no Prestador

93987720

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93987720										
4 - Data da Autorização 06/02/2024 11:	5 - Senha		3987720	6 - Data de Valid	dade da Senl 22/04/		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	ı		
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 0970000126717537			8 - Vali	dade da Carteira	ı	9 - Atendimer	to de RN			
50 - Nome Social										
10 - Nome WAGNER ADRIANO CLARO										
Dados do Contratado Solid	itante									
12 - Código na Operadora		13 -	Nome do Co	ntratado						
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E OI	RTOPEDIA E	SPECIALI	ZADA LTDA				
14 - Nome do Profissional So MARCUS VINICIUS DA						15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Cor 18734	17 - U	F 18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Da	dos da Int	ernação						'	
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 -			Nome do Hospital / Local Solicitado ORT E ORTOPEDIA ESPECIAL			A LTDA		11	21 - Data sugerid 20/02/2024 0 0	a para Internação):00
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de In	ternação	24 - Regime	e de Internação	25 - Qtde.	Diárias Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OPM	E 27 - Previsão	de uso de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica	С			1		2		<u> </u>		N
29 - CID 10 Principal (opciona	al) 30 - CID	10(2) (opci	onal) 31	- CID 10(3) (opc	cional) 32	2 - CID 10(4) (opci	onal)	33 - Indicação de Aci	•	u doença relacionada)
									9	
Procedimentos ou Itens As			Docorioão						37 - Qtde. S	Solic. 38 - Qtde. Aut.
						6C 1 1 D 1	1 1 1 1			
5-		-l ——								
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto 2	orizadas 41	- Tipo de Aco	omodação autoriza	ada			
42 - Código na Operadora / 0 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizad	- 11		spital / Local Aut		ZADA LTDA				44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativ Telefone Contratado: (43): 733049 OSTEOCONDROF DICO	3372-0900 / Ei									

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



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

Unimed #

1 0	Número da Guia Referer	! !	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269		93987720		93987720	06/02/2024 11:12	93987720					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0970000126717537											
8 - Nome											
WAGNER ADRIANO CLARO											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicitant			10 - Telefone	1	1 - E-mail						
MARCUS VINICIUS DANII	ELI										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica LESAO DE MENISCO JOELHO ESQUERDO LESAO DE MENISCO JOELHO ESQUERDO LESAO DE MENISCO JOELHO ESQUERDO AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO - MEDICO DE ACORDO											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do Mate	erial 15 -	Descrição	int an fahairanaa			citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado					
21 - Registro ANVISA do Material 1- 00 00499218	CA	22 - Referência do mater	o AMC F 2,4X4,5MM 891630000	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 1					
80356130052	OA.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
2-	1 1 1 1 1	/									
	_			 							
3-	_ _ _			_ _ _	_ _ , _	_					
	_ _ _		_ _ _		_ _ _ -	_ _					
4-	_ _ _			_ _ _ -	_ _ , _	_					
	_ _ _				_ _ _ _	_ _					
5-	_ _ _ _			_	_						
	_ _ _				_ _ _ _	 					
6-	_			_		_					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/02/2024 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO - MEDICO DE AC ORDO / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO											
			RADALITU IVIEUIUU	1 20 Assissant	a Dannana (val pale Autoriero 7						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pi	oiissionai Soiicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização						