

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93036148

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS  | 3 - Núme                      | ero da Guia A  | tribuído pela Op                                  | peradora  |  |   |   |   |  |                              |                                    |                                      |
|---|-------------------------------|----------------|---|---|--|---|---|---|--|------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 343269  |                               |                |   |   |  |   | 9303  | 6148                                    |  |                              |                                    |                                      |
| 4 - Data da Autorização 5 - Senha 31/10/2023 18:57  |                               | 9303614        | 93036148 6 - Data de Validade da 9                |   | Senha<br>/01/2024                                  |   |   |   |  |                              |                                    |                                      |
| Dados do Beneficiário   |                               |                |   |   |  |   |   |   |  |                              |                                    |                                      |
| 7 - Número da Carteira  |                               |                | 8 -   | Validade da Carteira  | a  | 9 -   | Atendimento   | de RN                                   |  |                              |                                    |                                      |
| 0970000124640820  | )                             |                |   |   |  |   | N   |   |  |                              |                                    |                                      |
| 50 - Nome Social  |                               |                |   |   |  |   |   |   |  |                              |                                    |                                      |
|   |                               |                |   |   |  |   |   |   |  |                              |                                    |                                      |
| 10 - Nome MAYKON GONCA  | _VES LO                       | OPES           |   |   |  |   |   |   |  |                              |                                    |                                      |
| MAYKON GONCALVES LOPES  Dados do Contratado Solicitante   |                               |                |   |   |  |   |   |   |  |                              |                                    |                                      |
| 12 - Código na Operado  | ra                            |                | 13 - Nome d                                       | o Contratado  |  |   |   |   |  |                              |                                    |                                      |
| 10.246.214/0001-04  | l .                           |                | UNIORT  | ORTOPEDIA E   | ESPECIA  | ALIZADA   | LTDA  |   |  |                              |                                    |                                      |
| 14 - Nome do Profission   |                               |                |   |   |  |   | elho Profissio  | onal                                    | 16 - Número do Conselho<br>18734   |                              | 17 - UF<br><b>41</b>               | 18 - Código CBO<br><b>225270</b>     |
| Dados do Hospital / Lo  |                               |                | s da Internação                                   | )   |  | 06  |   |   |  |                              |                                    |                                      |
| 19 - Código na Operado  |                               |                | ,   | spital / Local Solicita   | do   |   |   |   |  | 21 - Data                    | a sugerida p                       | ara Internação                       |
| 10.246.214/0001-04  | ļ.                            | <b>∥</b> υ     | NIORT E OF  | RTOPEDIA ESP  | ECIALIZ  | ZADA LT   | DA  |   |  | 13/10/2                      | 2023 00:0                          | 0                                    |
| 22 - Caráter do Atendimer   | ito 23 -                      | Tipo de Intern | ação 24 - Re                                      | gime de Internação  | 25 - Q   | tde. Diárias  | Solicitadas   | 26 - Pr                                 | evisão de uso de OP  | ME 27 -                      | Previsão de i                      | uso de Quimioterápico                |
| 1<br>28 - Indicação Clínica   |                               | С              |   | 1   |  | 1   |   |   | S  |                              |                                    | N                                    |
|   |                               |                |   |   |  |   |   |   |  |                              |                                    |                                      |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)   |                               |                | (2) (opcional)                                    | opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)   |  |   | 32 - CID 10(4) (opcional)                               |   | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacion                        |                              |                                    | oença relacionada)                   |
| Procedimentos ou Iten   | s Assiste                     | nciais Solicit | ados  |   |  |   |   |   |  |                              |                                    |                                      |
| 34 - Tabela   35 - Cóc   1- 22   307330   2- 22   307330   3- 22   307312   5- 18   600008   6- 18   600241   7-        | 57<br>449<br>73<br>116<br>605 | l              | OSTEOC<br>RECONS<br>TRANSPO<br>DIARIA D<br>ALUGUE | CTOMIA - UM MONDROPLASTIA TRUCAO, RETE DSICAO DE MAI E QUARTO COI LTAXA DE APAR | A - ESTA<br>NCIONA<br>IS DE 1 1<br>LETIVO<br>RELHO | ABILIZAC<br>AMENTO<br>FENDAO<br>DE 2 LEI<br>FEQUIPA | AO, RESS<br>OU REFOR<br>- TRATAM<br>TOS COM<br>MENTO PA | ECCA<br>RCO D<br>IENTO<br>BANH<br>ARA A | O E/OU PLASTI<br>O LIGAMENTO<br>O CIRURGICO<br>IEIRO PRIVATIV<br>ARTROSCOPIA I | ICO 1 A # 1 CR 1 1 O 1 PAR 1 | - Qtde. Soli                       | c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1  1  1  1 |
| Dados da autorização  |                               |                |   |   |  |   |   |   |  |                              |                                    |                                      |
| 39 - Data provável da Ad  | lmissão ho                    | ospitalar   40 | ) - Qtde Diárias<br><b>1</b>                      | - 11  |  | Acomodaç  | ão autorizad  | a                                       |  |                              |                                    |                                      |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado   43 - Nome do Hospital / Local Autorizado   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZAD |                               |                |   |   | ALIZADA  | LTDA  |   |   |  |                              | 44 - Código CNES<br><b>6528104</b> |                                      |
| 45 - Observação / Justifi<br>Telefone Contratado:<br>OOPERATIVA DE TR.  | (43)3372<br>ABALHO            | MEDICO         |   |   |  |   |   |   |  |                              |                                    | NAL MARINGA C                        |



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

Unimed #

| "  | - Número da Guia Referer | nciada                   | 4 - Senha                          |                     | 5 - Data da Autorização                 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora |                                |  |  |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|---------------------|---|---|--------------------------------|--|--|
| 343269   |                          | 93036148                 |                                    | 93036148            | 31/10/2023 18:57                        |   | 93036148                       |  |  |
| Dados do Beneficiário  |                          |                          |                                    |                     |   |   |                                |  |  |
| 7 - Número da Carteira   |                          | 29 - Nome Social         |                                    |                     |   |   |                                |  |  |
| 0970000124640820   |                          |                          |                                    |                     |   |   |                                |  |  |
| 8 - Nome   |                          |                          |                                    |                     |   |   |                                |  |  |
| MAYKON GONCALVES   | LOPES                    |                          |                                    |                     |   |   |                                |  |  |
| Dados do Profissional Solicita   |                          |                          |                                    |                     |   |   |                                |  |  |
| 9 - Nome do profissional solicitar   |                          |                          | 10 - Telefone                      | 1                   | 1 - E-mail                              |   |                                |  |  |
| MARCUS VINICIUS DAN  | IELI                     |                          |                                    |                     |   |   |                                |  |  |
| Dados da cirurgia  |                          |                          |                                    |                     |   |   |                                |  |  |
| 12 - Justificativa técnica<br>LESAO DO LCA +MENISCO<br>LESAO DO LCA MENISCO (<br>AUTORIZADO CONFORME I   | OSTEOCONDRAL JOEL        |                          |                                    |                     |   |   |                                |  |  |
| OPME Solicitadas   |                          |                          |                                    |                     |   |   |                                |  |  |
| 13 - Tabela 14 - Código do Ma  |                          | Descrição                |                                    |                     | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | citado 19 - Qtde. Autorizada                | 20 - Valor Unitário Autorizado |  |  |
| <ul><li>21 - Registro ANVISA do Materia</li><li>1- <b>00162477</b></li></ul>   |                          | 22 - Referência do mater | o AMC F 2,9X5,5MM 891710000        | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento                        | . 4   |                                |  |  |
| 80356130052  | CA                       |                          | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA    |                     | _                                       | _  1  | ,                              |  |  |
| 2- 00597007  | PA                       |                          | REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB    |                     |   | 1   | _ _ _                          |  |  |
| 80044680085  |                          |                          | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA    | <u> </u>            |   | _ı ·  | 11117111                       |  |  |
| 3- <b>72320907</b>   | DIS                      | SPOSITIVO DE FIXACAO D   | E LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC - |                     |   | _  1  | _ ,                            |  |  |
| 80044680067  |                          | ARTHROM COMERO           | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA    | <br>  _ _ _         |   | _ <b>.</b>                                  |                                |  |  |
| 4-   _   |                          |                          |                                    | _  _   _            | _                                       | _   | ,                              |  |  |
|  | _                        |                          | <del> _ _ _ _ </del>               | _ _ _ _             | _ _ _ _ _                               | _ _   |                                |  |  |
| 5-   |                          |                          |                                    | _                   | _                                       | _   | ,                              |  |  |
|  |                          |                          |                                    | .                   | _ _ _ _                                 | _ _   |                                |  |  |
| 6-   _   _   _   _   _   _   _   _   _   |                          |                          |                                    | _                   | _                                       | _   | ,                              |  |  |
| 04. 5 7 7 1. Material  |                          |                          |                                    |                     |   | ll<br>                                      |                                |  |  |
| 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 REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO |                          |                          |                                    |                     |   |   |                                |  |  |
| Telefone Contratado. (45)3572-0900 / Entitude en 31/10/2023 /AOTORIZADO CONFORME OMINIED DE ORIGENI / ETIPIESA / Hitilal. UNINIED REGIONAL MARINGA COOFERATIVA DE TRABALHO MEDICO                            |                          |                          |                                    |                     |   |   |                                |  |  |
|  |                          |                          |                                    |                     |   |   |                                |  |  |
| 26 - Data da Solicitação   | 27 - Assinatura do Pr    | rofissional Solicitante  |                                    | 28 - Assinatura d   | o Responsável pela Autorização          |   |                                |  |  |
|  | II.                      |                          |                                    | II .                |   |   |                                |  |  |