

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91912235

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído	pela Opera	dora								
343269							91912	235				
4 - Data da Autorização 19/07/2023 09	n 91	1912235	6 - Data de Val		Senha 09/2023							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carteira	a	9 -	Atendimento d	le RN				
0970000125792330 30/04/20				/2024			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome MARCIO EDUARDO SANCHES												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		13 -	Nome do Co	ontratado								
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E O	RTOPEDIA E	SPECIA	LIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO					15 - Conselho Profissional 06			- 11	16 - Número do Conselho 17 28617 4			18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dad	dos da Int	ernação									
19 - Código na Operadora / C	NPJ	20 - Nome	e do Hospita	I / Local Solicita	do					21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UNIOR	T E ORTO	PEDIA ESP	ECIALIZ	ADA LT	DA			24/07/2	023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qt	de. Diárias 1	Solicitadas 2	26 - Previsâ	io de uso de OP	ME 27 - F	revisão de u	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica LESAO MENISCAL CART										<u> </u>		
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação			Indicação de A	de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Sol	icitados										
34 - Tabela 35 - Código of	o Procedimento	RE OS PC	TEOCON T ARTRO UGUELT	I SUTURA DE DROPLASTIA SCOPIA DE . AXA DE APAI	A - ESTA JOELHO RELHO /	BILIZAC UNIORT EQUIPA	AO, RESSE E - ENF MENTO PAI	CCAO E	/OU PLASTI	SC 1 A# 1 1	- Qtde. Solid	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
11-	_ _	.l .l								_ _	- -	_ _
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto 1	orizadas 4	1 - Tipo de	Acomodaç	ão autorizada					
1 - 1			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·								44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO												
46 - Data da Solicitação	47 - As	ssinatura d	lo Profission	al Solicitante	48 - Assir	natura do E	eneficiário ou	Responsá	vel 49 - Ass	inatura do	Responsávo	el pela Autorização



Unimed A

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

· II	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha				6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		91912235			91912235	19/07/2023 09:18		91912235		
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0970000125792330		29 - Nome Social								
8 - Nome										
MARCIO EDUARDO SA	NCHES									
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone		11 - E-mail					
JOAO PAULO FERNAN	DES GUERREIRO									
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica										
LESAO MENISCAL + CART LESAO MENISCAL CARTI AUTORIZADO CONFORME	AGEM JOELHO ESQUEF									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		6 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
1- 00 00590045		IINA PARA SHAVER SET		L	_ 1	_ _ , _	_ 1	,		
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPE							
2- 00 00116700 80743230025	CAN		PED 90 GRAUS 200MM CAP CIO DE IMPLANTESORTOPE		_ 1	,	_ 1	,		
3-		ARTHROW COWER	JO DE IMPLANTESORTOPE	DICOSLIDA		_ _ _ _				
·	-!!!!! 				!		_I	IIII ¹ III		
4- _	_,,, _			,, _			 _l			
	_			_ _ _		_ _ _ _	_ _			
5- _				l_	_	_	_	_ _ , _		
	_			_ _ _ .		_ _ _ _ _	_			
6-							_	,		
24 - Especificação do Material	_		-		-					
25 - Observação / Justificativa Telefono Control do: /43/2372 0000 / Emitido em 40/07/2022 / AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORICEM / Emitidos / Elefono Conforma / Emitidos / Emi										
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO										
		<u> </u>			1					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	otissional Solicitante			28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização				