

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92051682

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Nún	nero da Guia	Atribuído	pela Opera	adora								
343269								9205	1682				
4 - Data da Autorização 01/08/2023 11:30				2051682	6 - Data de V		Senha 09/2023						
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteir				t t	lidade da Carte	eira	9 -	Atendimento	de RN				
0050000039888242				01/10/2024				N					
50 - Nome Social													
10 - Nome JUSSARA APARECIDA SILVA FORASTIERI													
Dados do Contratado Solicitante													
' '				13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA									
14 - Nome do Profissional Solicitante							15 - Conselho Profissional 16 - Número do				onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ROBERTO GRANGE GASPARELLI							06 32428					41	225270
Dados do Hospital /				-									
19 - Código na Opera 10.246.214/0001-		- 11			al / Local Solicit		ΆΠΔΙΤ	DΔ			11	a sugerida p 2023 00:0	oara Internação
22 - Caráter do Atendin		3 - Tipo de Inte		GEORT E ORTOPEDIA ESPECIALIA GEORGIA DE LA COMPANIO DEL COMPANIO DEL COMPANIO DE LA COMPANIO DEL COMPANIO DEL COMPANIO DE LA COMPANIO DEL COMPANIO DEL COMPANIO DE LA COMPANIO DEL COMPANIO DEL COMPANIO DE LA COMPANIO									
1		С	, , , ,		1		2			S			N
28 - Indicação Clínica menisco													
Therisco													
													•
													•
		11.00 015.4	2(2) (1. OID 10(0) (1	12(1)	» II ad				
29 - CID 10 Principal	opcional)	30 - CID 1	U(2) (opc	(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Ir			- Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou It	ens Assist	tenciais Soli	citados										
		rocedimento		- Descrição								- Qtde. Sol	
1- 22 3073 2- 22 3073	3065 3049									VIDEOARTRO E/OU PLASTI			1
	1080				SCOPIA DE			•	LOOAO	L/OUT LAUT	1		1
4- 18 6000	0554		DI	ARIA DE	APARTAME	NTO SIM	PLES				1		1
5- 18 6002	4151		AL	UGUELT	AXA DE APA	ARELHO /	EQUIPA	MENTO PA	ARA AR	TROSCOPIA	PAR 1		1
6-	_	_										_	
7- _ 8-	_ _ 		 								- 	_lll _l l l	
9-	_,, _	_ _										_ _	
10- _	_iii_	_iii	I								i_	_	i_i_i_i
11- _	_	_ _ _	I								_	_ _	
12-	_ _	_	l								l_	_ _	
Dados da autorizaçã													
39 - Data provável da	Admissão I	hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut 2	- 11	41 - Tipo de 12	Acomodaç	ão autorizada	a				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome				Nome do Hospital / Local Autorizado								44 - Código CNES	
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104													
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/08/2023 / Empresa / Titular: ASSOC PARANAENSE DE ADMINISTRADORES ESCOLARES APADE SUB SEDE LO													
NDRINA													
		1.				1.				11			
46 - Data da Solicitaçã	aO Os	4/ - As	sınatura d	Oissitory or	nal Solicitante	48 - Assi	natura do E	eneficiário o	u Kespons	savei 49 - Ass	inatura do	kesponsáv	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

· II	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	00054600	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora							
343269	92051682		92051682	01/08/2023 11:30	920	051682						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira	20 Name Social											
0050000039888242	29 - Nome Social					ŀ						
8 - Nome JUSSARA APARECIDA SILVA FORASTIERI												
Dados do Profissional Solicitante												
9 - Nome do profissional solicit		10 - Telefone	1	1 - E-mail								
ROBERTO GRANGE G	ASPARELLI											
Dados da cirurgia												
12 - Justificativa técnica menisco menisco												
OPME Solicitadas												
13 - Tabela 14 - Código do N 21 - Registro ANVISA do Mate		rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizada 23 - Nº Autorização de Funcionamento									
1- 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET		1		_ 1							
80777280006	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA										
2- 00 78898676		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	<u> </u>	_ _ _ ,	_ 3	_						
80044680449	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _									
3-					-	-						
 					_	-11						
5-				 	 _							
6- _					_	_						
					_							
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 01/08/2023 / Empresa / Titular:	ASSOC PARANAENSE DE ADMINISTRADORES E	ESCOLARES APADE	SUB SEDE LONDRINA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura d	lo Responsável pela Autorização								