

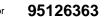
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95126363

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia A	tribuído pela	Operad	lora								
343269						6363							
4 - Data da Autorização 15/05/2024 08:50		95126	95126363 6 - Data de Validade da 19/			Senha /07/2024							
Dados do Beneficiário							.,,						
7 - Número da Carteira			1	8 - Valid	dade da Carteira		9 -	Atendimento	de RN				
9750000017103080)							N					
50 - Nome Social													
10 - Nome													
ELIDIA KURIBAYA	SHI HA	YASHI											
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA													
10.246.214/0001-04			UNIOR	I E OF	RIOPEDIA E	SPECIA		elho Profissi	2001	16 - Número do C	anaalha	17 - UF	18 - Código CBO
DANIEL FERREIRA			EIRA			•	06	eino Pronssi	oriai	19475	onsemo	41	225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solici	tado / Dados	s da Internaç	ção									
19 - Código na Operador		- 11		•	I / Local Solicitad						11		ara Internação
10.246.214/0001-04					PEDIA ESPE						<u> </u>	2024 00:0	
22 - Caráter do Atendimen	ito 23 -	Tipo de Intern	nação 24 -	Regime	e de Internação 1	25 - Q	tde. Diárias 2	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OF S	PME 27 -	Previsão de ।	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MANG													
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10((2) (opcional)	opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relac		oença relacionada)		
Procedimentos ou Iten	s Assiste	L nciais Solicit	tados										
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307350 2- 22 307350 3- 22 307350 4- 22 307350 5- 18 600003 6- 18 600008 7- 18 600241 8-	33 68 84 92 84	cedimento	RUPTU RESSE TENOT DIARIA DIARIA ALUGU	MIOPL IRA DO CCAC OMIA DE A DE G JELTA	O MANGUITO LATERAL D DA PORCAO COMPANHAN QUARTO COL XA DE APAR	ROTA A CLA LONG NTE CO ETIVO	DOR - PR VICULA - SA DO BIO DM REFEI DE 2 LEI / EQUIPA	PROCEDIME PROCED CEPS - PR CAO COM TOS COM MENTO P	ENTO N IMENT OCED IPLET BANH ARA A	PICO DE OMBR VIDEOARTROS O VIDEOARTRO IMENTO VIDEO A HEIRO PRIVATIV ARTROSCOPIA	10 1 COP 1 DSC 1 ART 1 1/0 2	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1 1
39 - Data provável da Ac	lmissão ho	ospitalar 40	0 - Qtde Diária	as Auto	rizadas 41	- Tipo de	e Acomodaç	ão autorizad	la				
42 - Código na Operador 10.246.214/0001-04		autorizado	11		spital / Local Auto		ALIZADA	LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/05/2024 /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 Responsável pela Autorização													



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

Unimed A

		,				,		
1 "	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Se	enha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	· · ·	
343269		95126363		95126363	15/05/2024 08:50		95126363	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - Nome So	cial						
9750000017103080								
8 - Nome								
ELIDIA KURIBAYASHI H	IAYASHI						•	
Dados do Profissional Solicita	ante							
9 - Nome do profissional solicita	ante		10 - Telefone	11	- E-mail			
DANIEL FERREIRA FER	NANDES VIEIRA							
Dados da cirurgia			'					
12 - Justificativa técnica								
RUPTURA DO MANGUITO I								
RUPTURA DO MANGUITO I AUTORIZADO CONFORME								
7.0101.121.2000111.01111.2	5 <u>2</u> 22 552							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do Ma					e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	0 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Materi		erência do material no fa		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 00116700			00 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1		_ 1	_ ,	
80743230025			E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 00 00151360	EQUIPO P/IRRIG	SACAO 4VIAS (CIS	TOZAMM - IRRIGAZAMM C)	1		_ 1	,	
10216350077					_ _ _ _			
3- 00241202		•	X90MM PARTRO009			_ 1	,	
80371250020			E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _			
4- 00 00712639		RESSAO SUTURA				_ 1	_ ,	
80356130057			E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _			
5- 101152272			M-9145SP: ANCORA QUATTRO LINK S			_ 1		
80044680491			E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _			
6- 71502718 80044680086			OTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 3 _ _ _		_ 3		
	AKITIK	OW COWLECTO DE	- INFEANTESONTOFEDICOSETDA	-				
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/05/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA								
Telefone Contratado. (40)0072-0000 / Efficido en 10/00/2024 AO TORIZADO CONFORNIE OMINIED DE ORIGENI / Effiplesa / Titulai: UNINIED DO ESTADO DO PARANA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicit	tante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	nciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operado					
343269		95126363		95126363	15/05/2024 08:50	/2024 08:50				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
9750000017103080										
8 - Nome										
ELIDIA KURIBAYASHI	HAYASHI									
Dados do Profissional Solici										
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	11	- E-mail					
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MANGUITO RUPTURA DO MANGUITO AUTORIZADO CONFORME	ROTADOR									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição	Salar 61 Sanda		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate 7- 00499293		22 - Referência do mate	rial no fabricante AO OB F 2,9X5,5MM 892350000	23 - Nº Autorização I I 2	de Funcionamento	_ 2				
80356130052	UA.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ - - - - - - - - - - - - - - - - -	_l '	,			
8-	11111					_				
	_ _ _ _ _			_	_,	-ı ı <u>ıı</u>				
9-	_ _ _			_	_	_	_ _ , _			
				_ _ _ _	_ _ _ _	_				
10-	_			_	_		_ _ ,			
					_ _ _ _	_				
11-	-			_	_	-	_ ,			
	_ _ _				_ _ _ _	_				
12-	_ _ _ _ _ _ _				_	_	,			
24 - Especificação do Material										
, ,										
25 - Observação / Justificativa Telefona Contratedo: /43/2373 0000 / Emitida em 45/05/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMER DE ORICEM. / Empreso / Titulor: UNIMER DO ESTADO DO RABANA										
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/05/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					