

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94825699

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núme	ero da Guia Atri	buído pela Opera	adora		0/8	25699				
4 - Data da Autorização	1	5 - Senha		6 - Data de Valid	tada da Sanha	7	23033				
18/04/2024	17:01	5 - Senna	94825699	6 - Data de Valid	18/06/202	4					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira		- Atendiment					
9750000008945090						N					
50 - Nome Social	50 - Nome Social										
10 - Nome ALEX MAURICIO D	10 - Nome ALEX MAURICIO DOS SANTOS										
Dados do Contratado S	olicitante	9									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA										
14 - Nome do Profissiona					15 - Co	nselho Profissi	ional	16 - Número do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
GUILHERME JOSE	MIYAS	AKI PIOVE	SANA		06			30165		41	225270
Dados do Hospital / Lo			-								
19 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	a / CNPJ	- 11		al / Local Solicitado OPEDIA ESPE		TDA				a sugerida p 2024 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendiment	0 23 -	Tipo de Internac	ção 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde. Diár		26 - Pr	evisão de uso de OPN S	ΛΕ 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica							' '				
29 - CID 10 Principal (opc	ional)	30 - CID 10(2	((oncional) 3	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32.0	D 10(4) (opcic	inal)	33 - Indicação de Ar	ridente (a	cidente ou c	loenca relacionada)
23 Old To Fillicipal (opt	ionary	00 - OID 10(2)	(opcional)	71 - 012 10(3) (000	nonary 52 °C	D 10(4) (opoic	mai)	oo - maleação de Al	засте (а	9	ociiça relacionada)
Procedimentos ou Itens											
34 - Tabela 35 - Códi 1- 22 307330 2- 22 307330 3- 98 0801100 4- 18 600241	55 19 31	ocedimento	REPARO OL OSTEOCON PCT ARTRO	U SUTURA DE IDROPLASTIA OSCOPIA DE JO	- ESTABILIZA OELHO UNIO	CAO, RESS RTE - ENF	SECCA	O VIDEOARTRO O E/OU PLASTI <i>A</i> .RTROSCOPIA P	SC 2 A # 2	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 2 2 1
5-									_ _ _ _ _		
Dados da autorização 39 - Data provável da Adr	nissão ho	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de Acomo	ação autoriza	da				
55 Data provaver da Adi		- Topharai 40 -	1	1	ripo de Aconto	ayao aalonza					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 18/04/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



Unimed A

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

- 11	- Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269		94825699		94825699	18/04/2024 17:01	94825699					
Dados do Beneficiário		[00 N 0 11									
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 9750000008945090											
8 - Nome ALEX MAURICIO DOS S	ANTOS										
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	1	11 - E-mail						
GUILHERME JOSE MIY	ASAKI PIOVESANA										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MENISCO ME RUPTURA DO MENISCO ME											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do Ma 21 - Registro ANVISA do Materi		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricanto	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização		citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado					
1- 100066879			ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/	•		_ 1					
81288540024		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	·							
2-				_ _	_ _ _ , _	_					
3-					_						
1111111111111	- 			 		!! 					
·	 	111111									
5-											
						_ _					
6-					_						
						_ _					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefono Contratedo: (43)3373 0000 / Emitido em 49/04/0024 / Emarcos / Titulor: UNIMED DO ESTADO DO DADANA											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 18/04/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA											
				1							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização						