

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92700121

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da Gu	ia Atribuído p	pela Opera	dora								
343269							9270	0121				
4 - Data da Autorização	5 - Senl	na		6 - Data de Va	alidade da S	Senha						
29/09/2023	12:13	92	700121		28/	11/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Cartei	ra	9 - A	tendimento	de RN				
9750000011045739							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome												
LUIZ HENRIQUE C	ARVALHO DE	OLIVEIRA	4									
Dados do Contratado												
12 - Código na Operado		11	Nome do Co		E00E014							
10.246.214/0001-04		UNIC	ORIEO	RTOPEDIA	ESPECIA						17 - UF	
14 - Nome do Profissiona						15 - Conselho Profissional			11			18 - Código CBO
MARCUS VINICIUS						06		[18734		41	225270
Dados do Hospital / Lo			•	1/1					7,	04 - D. 11		
19 - Código na Operado 10.246.214/0001-04		11		I / Local Solicita PEDIA ESP		ADA I TD	١٨		t i		sugerida p 2 023 00:0	ara Internação
		<u> </u>										
22 - Caráter do Atendimer	to 23 - Tipo de l	nternação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qt	de. Diárias S 1	olicitadas	26 - Prev	isão de uso de OPM N	E 27-F	revisao de	uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica				!		'			IN .			IN
29 - CID 10 Principal (op	cional) 30 - CIL) 10(2) (opcio	onal) 3	1 - CID 10(3) (o	pcionai)	32 - CID 1	0(4) (opcion	nai) 3	3 - Indicação de Ac		ciaente ou d 9	loença relacionada)
Dragodimentos quilton	a Assistanciais Se	aliaitadaa										
Procedimentos ou Iten 34 - Tabela 35 - Cód	igo do Procedimen		Descrição							37	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307330	-		-	OMIA - UM I	MENISCO	- PROCE	DIMENTO	VIDEO	ARTROSCOPIO		Gido. Con	1
2- 22 307330	49	os	TEOCON	DROPLASTI	A - ESTA	BILIZACA	O, RESS	ECCAO	E/OU PLASTIA	# 1		1
3- 22 307330	73	REC	CONSTRI	JCAO, RETE	NCIONA	MENTO O	U REFOR	CO DO	LIGAMENTO C	R 1		1
4- 22 307312				CAO DE MA						1		1
5- 18 600008 6- 18 600241					_				IRO PRIVATIVO TROSCOPIA PA			1
6- 18 600241	91 	I ALC	JGUELIA	AXA DE APA	KELHU/	EQUIPAN	MENIO PA	AKA AK	TRUSCOPIA PA	AR 1		1 1 1 1
										-	-11 	
9-												
10-		_i								_	-,, - _	 _
11-		_i								i_	_	_ _
12- .	_ _ _ _	_								_	_	_ _ _
Dados da autorização												
39 - Data provável da Ad	lmissão hospitalar	40 - Qtde [Diárias Auto	orizadas 4	1 - Tipo de	Acomodaçã	io autorizad	а				
			1	1								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Loc			spital / Local A	al Autorizado 44 - Código C						44 - Código CNES		
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA					A ESPECIALIZADA LTDA 6528104							6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/09/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN												
Telefone Contratado:	(43)3372-0900 / E	mitido em 2	29/09/2023	3/AUTORIZAI	OO CONFO	DRME UNII	MED DE O	RIGEM	/ Empresa / Titula	ar: UNIM	ED DO ES	STADO DO PARAN
46 Doto do Coligitação	1 47	A ' 1	D (*	- L O - 1' - 'L L -	11.40			D	20 A 20 I	and the Land	D 	. L L. A. L



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

Unimed A

4. Danistra ANG	3 - Número da Guia Referen	sia da	4 Combo		5 - Data da Autorização	C. Niśmana da Ossia atrib	مردام مام مراد مام دراد مام دراد مام دراد مام دراد دراد			
1 - Registro ANS	3 - Numero da Guia Referen		4 - Senha	92700121			- Número da Guia atribuído pela Operadora 92700121			
343269		92700121		92700121	29/09/2023 12:13		92700121			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
9750000011045739										
8 - Nome										
LUIZ HENRIQUE CARV	ALHO DE OLIVEIRA									
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail					
MARCUS VINICIUS DA	NIELI									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica LESAO DO LCA + MENISC LESAO DO LCA MENISC AUTORIZADO CONFORMI	O OSTEOCNDRAL JOELH									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do l		Descrição		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado						
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fa				23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORME				_ 1		_ 1	,			
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
2- 00 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	,			
	DIG		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -							
3- 00 72320907 80044680067	סוט		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	- -			
4-		ANTINOW COWLE	CIO DE IMPEANTESONTOPEDICOSETDA							
*	 					_	,			
5-		IIIIII				 _				
	_ _ _					-ı ı—ı—ı—ı _ _	1111/111			
6-						 _				
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/09/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização					