

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91769829

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	s - Número da G	uia Atribuído	o pela Opera	adora			91769829				
4 - Data da Autorização	5 - Ser	nha		6 - Data de Valid	dade da Se	nha					
05/07/2023 1	6:08	9	1769829		05/09	9/2023					
Dados do Beneficiário			II a v			lla v					
7 - Número da Carteira 0970000009078856			8 - Va	ilidade da Carteira		9 - Ate	endimento de RN N				
50 - Nome Social											
10 - Nome EDEVILSON A QUIT	ANILHA										
Dados do Contratado So	licitante		N la O	and the Landson							
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPEC						_IZADA L	TDA				
14 - Nome do Profissional Solicitante							o Profissional	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE RIBEIF	ZA				06 2828		28281	ı		225270	
Dados do Hospital / Loca			-								
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 21 - Data sugerida para Internação 03/08/2023 00:00											-
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de	11		ne de Internação		e. Diárias Sol				- Previsão de uso de Quimioterápico	
1	23 - Tipo de	•	24 - Kegiii	1	25 - Qiue	1	icitadas 20 - FT	S	IVIL	Tevisão de C	N
28 - Indicação Clínica M232 TRANST MENISC	O DEV RUPTI	JRA OU LE	SÃO JOEL	LHO DIREITO							
29 - CID 10 Principal (opcid	onal) 30 - Cl	D 10(2) (opc	cional) 3	31 - CID 10(3) (opc	cional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	•		oença relacionada)
										9	
1- 22 3073306: 2- 22 3073310: 3- 22 3071002: 4- 98 08011086 5- 18 6002415: 6-	o do Procedimen 5 3 2 0	nto 36 RE IN RE PC	STABILID ETIRADA I CT ARTRO	U SUTURA DE ADE FEMORO DE FIOS, PINO DSCOPIA DE J)-PATELA)S, PARA OELHO L	AR, RELEA FUSOS O JNIORT - A	ASE LATERAL U HASTES MI APT	O VIDEOARTRO L DA PATELA, F ETALICAS INTR ARTROSCOPIA I	OSC 1 RET 1 A-O 2	- Qtde. Soli	2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Dados da autorização 39 - Data provável da Adm	issão hospitalar	40 - Qtde	e Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de A	comodação	autorizada				
23 244 provider da Adill	suo noopitalai		1	12							
42 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	/ CNPJ autoriza	11		lospital / Local Auto		IZADA L	TDA				44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justifica Telefone Contratado: (4 OOPERATIVA DE TRAE	3)3372-0900 / BALHO MEDIC	0									
46 - Data da Solicitação	47 -	Assinatura	ao Profissio	nal Solicitante	48 - Assina	itura do Ben	eficiário ou Respo	onsavel 49 - Ass	inatura do	kesponsáví	el pela Autorização



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

91769829

1 - Registro ANS 343269	- Número da Guia Referenciada 91769829	4 - Senha	91769829	5 - Data da Autorização 05/07/2023 16:08	6 - Número da Guia atribuído pela Op	peradora 91769829				
Dados do Beneficiário	91709029		91709029	05/07/2023 10.06		91709029				
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social									
0970000009078856	25 None Goda									
8 - Nome EDEVILSON A QUITANIL	.HA									
Dados do Profissional Solicita	nte									
9 - Nome do profissional solicitar	nte	10 - Telefone	1	1 - E-mail						
ALEXANDRE RIBEIRA P	ROVENZA									
Dados da cirurgia										
POS OPERATORIO TARDIO M232 TRANST MENISCO DE AUTORIZADO CONFORME U	DE CONSTRUÇÃO DE LCA EM JOELHO DIREITO, V RUPTURA OU LESÃO JOELHO DIREITO JNIMED DE ORIGEM	ASSOCIADO A LESAO DE MENISCO MED	IAL MAIS CISTOS PARAME	NISCAIS. ENCAMINHO PARA TR	RATAMENTO CIRURGICO POR VI	ODEOAKTROSCOPIA				
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do Mar 21 - Registro ANVISA do Materia		ial no fabricanto		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado						
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET			23 - Nº Autorização de Funcionamento						
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	II ·			-				
2- 00 00116700		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1		1					
80743230025		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	\			-11/11				
3-						_ ,				
		_ _ _		_ _ _	 _ _ _					
4- _				_ _ _ , _	_	_ ,				
			_ _ _	_ _ _ _ _	_ _					
5-			_ _	_ _ _ ,						
			_ _ _ _		_ _					
6-			- - - -	_						
		_ _ _	_	_ _ _ _	_ _					
24 - Especificação do Material			<u> </u>							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)337	'2-0900 / Emitido em 05/07/2023 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa	/ Titular: UNIMED REGIONA	L MARINGA COOPERATIVA DE	TRABALHO MEDICO					
22										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante			o Responsável pela Autorização						