

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95987889

(Via HOSPITAL)

1 "	Número da Guia	a Atribuído p	ela Operad	ora									
343269							9598	7889					
4 - Data da Autorização	5 - Senha			6 - Data de V									
31/07/2024 10	0:52	959	987889		29/	09/2024							
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira			R - Valid	dade da Carte	ira] [a - /	Atendimento	do PN					
9759005005257100	dade da Garte	ıια		N									
50 - Nome Social	50 - Nome Social												
10 - Nome													
PEDRO AFONSO REZ	ZENDE POSS	0											
Dados do Contratado Soli	citante												
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado													
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO													
MARCUS VINICIUS D					15 - Conselho Profissional			18734	nseino	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Da	dos da Inte	rnação								1		
19 - Código na Operadora /	CNPJ	20 - Nome	do Hospital	/ Local Solicit	ado					21 - Data	a sugerida p	para Internação	
10.246.214/0001-04 UNI			IORT E ORTOPEDIA ESPECIALI				DA		01/		/08/2024 00:00		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regime	de Internação	25 - Q	tde. Diárias S	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPN	E 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico	
2	С			1		1			<u> </u>			N	
28 - Indicação Clínica LESÃO DO LCA MENISO	יח וחבו אח חוו	DEITO										ſ	
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional			I) 32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Ac	doenca relacionada)			
20 OID TO THIRD PAIR (OPOIO)	00 012	10(2) (opolo		012 10(0) (0	polonaly	02 012 1	(1) (opolo		oo malaayaa aa ma	idonio (di	9	zoonişa roladidinada)	
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Sol	icitados											
•	do Procedimento		Descrição								- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.	
1- 22 30733065 2- 22 30733073					_				O VIDEOARTROS	-		1	
3- 22 30731216									O LIGAMENTO O CIRURGICO	R 1		1	
4- 18 60000554				PARTAME						1		1	
5- 18 60024151		ALU	IGUELTA	XA DE APA	ARELHO /	EQUIPA	MENTO P	ARA A	RTROSCOPIA P	AR 1		1	
6-	_ _ _ _	<u> </u>									- -		
7- 8- _	 	-! 								- 	-lll 		
9-											_lll		
10-1								_					
11-	_ _ _ _	<u> </u>								—	_		
12- _		-l								_			
Dados da autorização	oão bospitalar	40 Otdo F	Diários Auto	rizadas	41 Tipo do	Acomodosi	šo outorizac	10					
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - C			Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo o			de Acomodação autorizada							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado			ome do Ho	spital / Local A	Autorizado							44 - Código CNES	
10.246.214/0001-04			·								6528104		
45 - Observação / Justification		mitido am 0	1/07/2024	/ Empress / '	Titulor: UN	IMED DO 1	ECTADO	O DAD	A N I A				
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/07/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA													
46. Data da Calisitação	11.47. 4		D	10.1.1.1.	10.40.4		61 - 1 4 - 1		naával 140 Appir		Danner (al a ala Autaria a C	



2 - Nº Guia no Prestador

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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 95987889 95987889 31/07/2024 10:52 95987889 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 9759005005257100 8 - Nome PEDRO AFONSO REZENDE POSSO Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **MARCUS VINICIUS DANIELI** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica LESÃO DO LCA + MENISCO JOELHO DIREITO LESÃO DO LCA MENISCO JOELHO DIREITO **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - 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 fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 100066879 CANULA DE DEBRIDACAO ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4.5/3.9-81288540024 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 2- 00 00597007 PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB 80044680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 72320907 DISPOSITIVO DE FIXAÇÃO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -3- 00 80044680067 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4- 00 78898676 DISPOSITIVO DE REPARAÇÃO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D 80044680449 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/07/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização