

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93191427

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93191427													
4 - Data da Autorização 16/11/2023 11:	5 - Senha		3191427	6 - Data de Vali		Senha 01/2024							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN													
975000016399822 N N 50 - Nome Social													
30 - Northe Social													
10 - Nome FABIO MOROTTI													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA													
14 - Nome do Profissional So					11		elho Profissio	- 11	16 - Número do (Conselho	17 - UF	18 - Código CBO	
MARCUS VINICIUS DA Dados do Hospital / Local S		dos da Int	ernacão			06			18734		41	225270	
19 - Código na Operadora / C				al / Local Solicitad	lo					21 - Data	a sugerida p	para Internação	
10.246.214/0001-04			ORT E ORTOPEDIA ESPECIALI								1/2023 00:00		
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Int	ternação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qt	de. Diárias	Solicitadas	26 - Prev	risão de uso de Ol	PME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica LESÃO DO LCA MENISC	O JOELHO DI	REITO											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)													
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Sol	licitados								9			
1- 22 30733065 2- 22 30733073 3- 22 30731216 4- 18 60000805 5- 18 60024151 6-	o Procedimento	RE RE TR DI	CONSTR ANSPOS ARIA DE	J SUTURA DE UCAO, RETEN ICAO DE MAIS QUARTO COL AXA DE APAR	NCIONA S DE 1 T LETIVO	MENTO (ENDAO (DE 2 LEI	OU REFOR TRATAM TOS COM	CO DO ENTO (BANHE	LIGAMENTO CIRURGICO CIRO PRIVATI	OSC 1 CR 1 1 VO 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	orizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	a					
			1	1									
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 16/11/2023 /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 Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização													



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2 - Nº Guia no Prestador 93191427 MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed A

	_							
1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 93191427	- Senha 93191427			5 - Data da Autorização 16/11/2023 11:18		pela Operadora 93191427
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
9750000016399822								
8 - Nome								
FABIO MOROTTI								
Dados do Profissional Solici	tante							
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone		11	- E-mail		
MARCUS VINICIUS DAI	NIELI							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica LESÃO DO LCA + MENISCI LESÃO DO LCA MENISCO AUTORIZADO CONFORME	JOELHO DIREITO							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	0 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00597007		22 - Referência do mater			•	de Funcionamento		
1- 00597007 80044680085	PAI		A REABSORVIVEL GENTLE THRE <i>I</i> CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS		1		_ 1	_ ,
2- 72320907	DIS		E LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGG				1	,
80044680067			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS		_			1-1-1-1-17
3- 00499293	CAI	NULA MICRODEBRIDACA	O OB F 2,9X5,5MM 892350000	<u> </u>	1	_ _ _ ,	_ 1	_ _ , _
80356130052		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	SLTDA _	-			
4- _						_		_ ,
			- -	_ _ _	- -	_		
5-	_				- - -	_	-	_ _ _ ,
6-	_ _ _		-	_ _ _	-	- -	 -	_ _ _
					 -	-ı ı—ı—ı—ı-ııı—ı- - <u> </u>	-1 111 - <u> </u>	I
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)33	372-0900 / Emitido em 16/	11/2023 /AUTORIZADO COM	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Em	presa / Titular: UNIM	MED DO ESTAD	O DO PARANA		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		2	8 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		