

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90722301

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora												
343269								2301				
4 - Data da Autorização 03/04/2023	11	5 - Senha	90722301 6 - Data de Validade da 09.			Senha / 06/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			- 11	lidade da Carteira	1	9 -	Atendimento	de RN				
0320000072015675 30/06/2024							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome												
ANTONIO CARLOS			SILVA									
Dados do Contratado S 12 - Código na Operado		1	13 - Nome do Co	ontratado								
78.613.841/0001-61				NO EVANGEL	ICA BEN	IEFICEN	NTE DE LO	NDR	INA			
14 - Nome do Profissiona	al Solicitant	te			1	15 - Conselho Profissional 16 - Número de			16 - Número do	11 11		18 - Código CBO
LUCAS DA FONSE						06 26921			41 225		225270	
Dados do Hospital / Lo		ado / Dados o	da Internação									
19 - Código na Operado		11		al / Local Solicitad		05NITE	251215	D.I. I.		11		ara Internação
78.613.841/0001-61				VANGELICA						J ∟	2023 00:0	
22 - Caráter do Atendimen	to 23 -	Tipo de Internad	ção 24 - Regim	ie de Internação 1	25 - Qtd	e. Diárias : 1	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de O N	PME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica												
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) 9												
Procedimentos ou Iten	s Assisten	nciais Solicita	dos		,							
	igo do Prod	cedimento	36 - Descrição	L CUTUDA DE		11860	DDOCEDIA	AFNIT/	O VIDEOARTR		- Qtde. Sol	
1- 22 307330 2- 22 307330									O VIDEOARTR O E/OU PLAST			1 1
3- 98 090112				SCOPIA DE J			AO, REOO!	-00/1	0 L/00 1 LA01	1		1
4- 18 600241							MENTO PA	RA A	RTROSCOPIA	=		1
5-												
Dados da autorização												
39 - Data provável da Ac	missão hos	spitalar 40 -	Qtde Diárias Auto	orizadas 41		Acomodaç	ão autorizada	1				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado												
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 03/04/2023 /AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE C OOPERATIVA DE MEDICOS												
46 - Data da Solicitação		1 47 - Assina	tura do Profission	nal Solicitante	48 - Assina	atura do B	eneficiário ou	Respo	onsável 49 - As	sinatura do	Responsáv	el pela Autorização



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

Unimed #

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela	
343269	90722301		90722301	03/04/2023 17:31		90722301
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0320000072015675						
8 - Nome	,					
ANTONIO CARLOS FE	RNANDES DA SILVA					
Dados do Profissional Solic	tante					
9 - Nome do profissional solici	tante	10 - Telefone	11	- E-mail		
LUCAS DA FONSECA	BORGHI					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica ROTURA NO MESNISCO N videoartroscopia joelho esq AUTORIZADA CONFORME		SQUERDO NO PLANALTO TIBIAL				
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M					itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Va	alor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET				_ 1	,
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	- - - - -			
2- 00 00116700 80743230025		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	_ _ _ ,	_ 1	,
3-	ARTHROW COMERC	DIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSETDA	-	_		
3 ⁻ _				_	_	,
4-					_,, _	,
				,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	-,	
5-			_	_		
			_ _ _ _	_	_ _	
6- _	_ _ _		_ _ _	_	_	_ _ , _
			_ _ _ _	_		
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa				00150 405 006555 150 15 55	NEDIO CO	
	378-1000 / Emitido em 03/04/2023 /AUTORIZADA CON	IFOKME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Til			MEDICOS	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		