

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93395053

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído	pela Operad	dora				_				
343269							933950	053				
4 - Data da Autorização 05/12/2023 09	5 - Senha		395053	6 - Data de Va		Senha 02/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
	0320000083181725 N											
50 - Nome Social												
10 - Nome ADILER TERESINHA MOURA DE SOUZA BREVE												
Dados do Contratado Solid	itante											
12 - Código na Operadora		- 11	Nome do Co		FORFOL							
10.246.214/0001-04		UNI	ORIEO	RTOPEDIA	ESPECIA			1 11 40	N/ 1 0	1	[
14 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL MAURICIO BELETATO						15 - Conselho Profissional 16 - Número do 28806			- Número do Co 806	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local 3			•									
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 16/12/2023 00:00									-			
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime	e de Internação	25 - Q1	tde. Diárias	Solicitadas 2	26 - Previsã	o de uso de OP	ME 27 - P	revisão de u	so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica LESAO LIGAMENTAR	<u> </u>											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (o		0(2) (opci	ocional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 3			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	citados										
34 - Tabela 35 - Código o 1- 22 30731119 2- 22 30734053 3- 18 60000805 4- 18 60024151 5-	lo Procedimento	TEI RE	CONSTRU	QUARTO CO	ENCIONA DLETIVO ARELHO /	MENTO (DE 2 LEI ^T EQUIPAI	DU REFORC TOS COM B MENTO PAI	CO DE LI SANHEIR RA ARTI	GAMENTO - O PRIVATIV ROSCOPIA F	1 PR 2 O 1	- Qtde. Solid	2 38 - Qtde. Aut. 1 2 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 Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto 1	orizadas		Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04						ALIZADA	LTDA				- 11	44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/12/2023 / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



Unimed A

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

· II	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha	02205052	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269		93395053		93395053	05/12/2023 09:57	93395053					
Dados do Beneficiário		OO Nama Casial									
7 - Número da Carteira 0320000083181725		29 - Nome Social									
8 - Nome ADILER TERESINHA M	OURA DE SOUZA BR	EVE									
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	1	11 - E-mail						
RAFAEL MAURICIO BE	LETATO										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica LESAO LIGAMENTAR LESAO LIGAMENTAR											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricanto		le. Solicitada 18 - Valor Unitário Solido de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado					
1- 00 101445288			ANCHOR - 315-17-01 NANO HTA 1,7 X	•		_ 2					
10247700152	•										
2- 00 76221474 ANCORA EM PEEK COM INSERSOR - GMREIS - 320-475191-PE4 - ANCO					_ _ , _	_ 2 _ ,					
10247700123 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA											
3- 00 78891353 SUTURA CIRURGICA AGULHADA SUTURFIX - 0234241-090 - SUTURFIX,				, ,,	,	_ 1					
80083650084			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT								
4- 00 100066879	CAN		ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		_ 1					
81288540024		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT	DA _ _ _							
5-	-!!!!					_					
6-		IIIIII				 _					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/12/2023 / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura c	lo Responsável pela Autorização						