

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92350496

(Via HOSPITAL)

1 - Registro Al	IC 2 N	úmero da Guia	Atribuído	nola Onora	doro								
34320	11	umero da Guia	Allibuldo	реіа Орега	uora			923504	496				
4 - Data da Au	-	5 - Senha		2250406	6 - Data de Va		i						
28/08/2023 14:45 92350496 27/10/2023 Dados do Beneficiário 27/10/2023													
7 - Número da				8 - Val	idade da Cartei	ra	9 - 2	Atendimento d	e RN	1			
0050000054	4882560			01/03	01/03/2024			N					
50 - Nome Social													
10 - Nome													
SILVIA HEI	ENA MYSZ	KOWSKI											
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado													
12 - Código na	•		- 11		RTOPEDIA	ESPECIA	LIZADA	LTDA					
14 - Nome do	14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO										18 - Código CBO		
RAFAEL M	AURICIO BE	LETATO					06 28806			806	41 225270		
	spital / Local S			-									
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 10/10/2023 00:00													
22 - Caráter do	Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regim	e de Internação	25 - Qto	de. Diárias	Solicitadas 2	26 - Previsã	io de uso de OPI	ME 27 - F	Previsão de u	uso de Quimioterápico
1		С			1		1			S			N
28 - Indicação Clínica TROCA DE PRESTADOR GUIA 92312208													
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcio				ocional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
										9			
	os ou Itens Ass			5							07	011.01	00 011 4
34 - Tabela 1- 22	35 - Codigo do 30731119	Procedimento		- Descrição NOPLAS]	IA / ENXER	TO DE TEI	NDAO - ⁻	TRATAMEN	ITO CIRU	JRGICO	37 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22	30731224		TR	ANSPOSI	CAO UNICA	DE TEND	AO				1		1
3- 22	30734053				JCAO, RETE	NCIONA	MENTO (OU REFORC	O DE LI	GAMENTO -	PR 2		2
4- 22	30731089			NODESE							1		1
5- 18 6- 18	60000805 60024151				QUARTO CO AXA DE APA	_				_	_		1
7-			l	OOOLLIA	TAA DE AI A	IKELIIO / I	LQUII AI	MENTO I AI	NA AINTI	(000011A1	L		·
8-		 	i									 -	
9- _			I								_	_	_ _ _
10-		_ _ _	!								<u> </u> _	_	_ _
11- 12-	_ _ _	 	!									- 	
	orização	.111										-11	1-1-1-1
Dados da aut	onzação ável da Admissã	o hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 4	1 - Tipo de /	Acomodac	ão autorizada	1				
				1	1		3						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / UNIORT E ORTOP							1 17 A D A	LTDA	-				44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104													
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/08/2023 / Empresa / Titular: SINDICATO DOS PROFESSORES DAS ESCOLAS PARTICULARES DE LONDRINA													
		1,								. 11			
46 - Data da S	Olicitação	11 47 - As	sinatura d	no Profission	ai Solicitante	11 48 - Assin	atura do B	eneticiário ou f	Kesnonsá	vei II49 - Ass	inatura do	Responsávi	el pela Autorização



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

Unimed A

	_						
1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 92350496	4 - Senha	5 - Data da Autorização 28/08/2023 14:45			
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000054882560							
8 - Nome							
SILVIA HELENA MYSZK	OWSKI						
Dados do Profissional Solicita	ante						
9 - Nome do profissional solicita	inte		10 - Telefone	11	- E-mail		
RAFAEL MAURICIO BEI	LETATO						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica TROCA DE PRESTADOR GI TROCA DE PRESTADOR GI							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Ma		Descrição			. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Materi		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4	
1- 75043114 80083650067	50		CADA UHMWPE COM AGULHA - 0234151-09 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		_ 1	_ _ , _
2-	72-0900 / Emitido em 28/	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII		-	- - - - - - - - - - - -	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	· 			Responsável pela Autorização		
	11			11			