

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91490524

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído p	oela Operad	dora								
343269							91490	524				
4 - Data da Autorização 09/06/2023 17	6 - Data de Val		enha 08/2023									
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Vali	dade da Carteira	а	9 - /	Atendimento d	le RN				
0320000076889963				N								
50 - Nome Social												
10 - Nome PEDRO HENRIQUE POZZI CANEDO DA SILVA												
Dados do Contratado Solid	itante											
12 - Código na Operadora		13 - N	lome do Co	ntratado								
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA												
14 - Nome do Profissional So		FIRA MA	ARTINS	RTINS			15 - Conselho Profissional			do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 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 15/06/2023 00										•		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime	e de Internação	25 - Qto	de. Diárias S 1	Solicitadas 2	26 - Previsã	o de uso de OP	ME 27 - P	revisão de ι	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM						-						
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação o			Indicação de A	de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	citados										
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1- 22 30727162 OSTEOTOMIAS E/OU PSEUDARTROSES - TRATAMENTO CIRURGICO 1 1 2- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1												
3-												
Dados da autorização 39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	40 - Qtde [Diárias Auto	orizadas 4		Acomodaç	ão autorizada]				
1 11			3 - Nome do Hospital / Local Autorizado							- 11	44 - Código CNES	
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE C												
OOPERATIVA DE MEDICO												
46 - Data da Solicitação	47 - As	sinatura do	o Profission:	al Solicitante	48 - Assin	atura do B	eneficiário ou	Responsáv	/el 49 - Ass	inatura do F	Responsáve	el pela Autorização



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 91490524 91490524 09/06/2023 17:26 91490524 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0320000076889963 8 - Nome PEDRO HENRIQUE POZZI CANEDO DA SILVA Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM **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 1- 00 100591540 SISTEMA DE PLACAS VERSALOCK PARA TORNOZELO GMREIS - 314-0 10247700147 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA SISTEMA DE MINI FRAGMENTOS VERSALOCK BLOQUEADO DE ANGU 72247843 10247700088 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 77326695 PARAFUSO CANULADO PARA SINTESE OSSEA GM - 106-40-36-72 - MIN 10244700017 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização