

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93822086

(Via HOSPITAL)

"	Número da Guia	Atribuído pe	ela Operado	ora								
343269							938220	86				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 93822086 6 - Data de				6 - Data de Valid		enha 4/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 0320000074224506			8 - Valid	ade da Carteira		9 - 4	Atendimento de N	RN				
							IN .					
50 - Nome Social												
10 - Nome HELTON LUIZ DO PRADO												
Dados do Contratado Solic	itante											
12 - Código na Operadora		- 11	ome do Con									
10.246.214/0001-04		UNIO	ORT E OR	TOPEDIA ES								
14 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA					- 11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 30165			Número do C 165	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	os da Inter	rnação									
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 21 - Data sugerida para Internação 02/02/2024 00:00										•		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	rnação 2				Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pr			Previsão de uso de OPME 2		27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
1	С			1		1			S			N
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)		nal) 31 ·	31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença rel			loença relacionada)	
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solid	citados										
1- 22 30733065 2- 22 30733030 3- 98 08011081 4-	o Procedimento	REP.	IDROPLA ARTROS	SUTURA DE I STIA (COM R COPIA DE JO	REMOCA DELHO U	O DE CO	ORPOS LIVI E - ENF	RES) - PI	ROCEDIME	SC 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1
Dados da autorização								_				
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde D	iárias Autori 1	zadas 41 - 1	Tipo de A	Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Loca UNIORT E ORTOPED					LIZADA	LTDA	1				44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/01/2024 / 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												



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

· ·	3 - Número da Guia Referen	rciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		93822086		93822086	22/01/2024 16:45		93822086	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0320000074224506								
8 - Nome								
HELTON LUIZ DO PRA	DO							
Dados do Profissional Solic	tante							
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	1 - E-mail			
GUILHERME JOSE MIY	'ASAKI PIOVESANA							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica	LUO DIDEITO							
LESAO DO MENISCO JOE LESAO DO MENISCO JOE								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do I	Material 15 -	Descrição		16 - Opcão 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde, Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate	rial no fabricante	23 - Nº Autorização				
1- 00 100066879	CAI		ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	1	,	_ 1	_ _ , _	
81288540024		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2-	-				_	_ _	,	
			-		_ _ _ _	_		
3-	_	111111			_	_	,	
	 	IIIIII	-			!! 	,	
		111111				-I		
5-		111111				,, _	,	
6-					_ _ _ , _	_	_ _ , _	
						_ _		
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/01/2024 / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS								
Tololollo Comitatado. (10)0	or 2 0000 / Emiliao om 22/	on/2021/ Emproda/ Titalar.	OTHINES CONTINUE COOLESTIBLE COOLESTITUTE	SE MEDIOOO				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			
	II.			H				