



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90084483

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90084483
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 06/02/2023 16:24	5 - Senha 90084483	6 - Data de Validade da Senha 08/04/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 9750000017132676	8 - Validade da Carteira 31/01/2023	9 - Atendimento de RN N
10 - Nome PAULO DONIZETTI DA SILVA		11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA				
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ		15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 17905	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 03/02/2023 10:00			
22 - Caráter de Atendimento 2	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 0	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica

INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO

29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10(2) (opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
-------------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30733103	INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET	1	1
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar / /	40 - Qtde Diárias Autorizadas 0	41 - Tipo de acomodação autorizada 1
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA	
44 - Código CNES 6528104		

45 - Observação

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 06/02/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

46 - Data da Solicitação / /	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	--	---



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2 - Nº Guia no Prestador

90084483

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação 89931067	4 - Data da Autorização 06/02/2023 16:24
5 - Senha 90084483	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90084483	
Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira 9750000017132676	8 - Nome PAULO DONIZETTI DA SILVA	
Dados do Contratado Solicitante		
9 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	10 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA	
11 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	12 - Conselho Profissional 06	13 - Número do Conselho 17905
	14 - UF 41	15 - Código CBO 225270
Dados da Internação		
16 - Qtde. diárias Adicionais Solicitadas 0	17 - Tipo da acomodação solicitada 1	
18 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO		
Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados		
19 - Tabela 1- 22	20 - Código do Procedimento 30733103	21 - Descrição INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dados da autorização		
24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas 0	25 - Tipo da Acomodação Autorizada 1	
26 - Justificativa da operadora		
27 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 06/02/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA		
28 - Data da Solicitação <input type="text"/>	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização