

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92434565

(Via HOSPITAL)

1 " 11	- Número da Gui	a Atribuído p	oela Opera	dora								
343269		92434565										
4 - Data da Autorização 5 - Senha 05/09/2023 09:06			92434565 6 - Data de Validade da 07/		Senha /11/2023							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 9750000011089124			8 - Val	dade da Carteira	а	9 -	Atendimento N					
50 - Nome Social												
, co mana desia.												
10 - Nome												
LUIS GUSTAVO ROS												
Dados do Contratado Soli 12 - Código na Operadora	citante	13 - N	lome do Co	ontratado								
10.246.214/0001-04		11		RTOPEDIA E	ESPECIA	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional S		<u> </u>				15 - Conselho Profissional			16 - Número do Conselho		17 - UF	18 - Código CBO
CARLOS EDUARDO			~			06			21679		41	225270
Dados do Hospital / Local 19 - Código na Operadora /			•	I / Local Solicita	do					21 - Data	a sugerida n	ara Internação
10.246.214/0001-04		t		PEDIA ESP		ZADA LT	DA			11	2023 00:0	,
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de In	ternação	24 - Regime	e de Internação	25 - Q	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OF	PME 27 -	Previsão de ı	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica	J L									[
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)		10(2) (opcio	(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais So	licitados										
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30722110 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4-		ART DIAI	RIA DE A	COMPANHA	NTE CO	OM REFEI	CAO COM	IPLET.	GEANA - TRAT. A HEIRO PRIVATIV	AME 2 /O 1	_ _ _ _ _	c. 38 - Qtde. Aut. 2 1 1
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde D	Diárias Auto 1	orizadas 4		e Acomodaç	ão autorizad	la				
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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/09/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN A 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável 149 - A												



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

	Número da Guia Referen	11	4 - Senha	00.40.4505	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		92434565		92434565	05/09/2023 09:06	,	92434565		
Dados do Beneficiário		[·· -							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
9750000011089124									
8 - Nome	.,,								
LUIS GUSTAVO ROSA SII									
Dados do Profissional Solicitante									
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail				
CARLOS EDUARDO MOT	OUKA								
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica									
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANE INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANE INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANE AUTORIZADO CONFORME UI	XO								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do Mate	rial 15 - I	Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Material	DAF	22 - Referência do materia		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 70416427 80163430004	PAR		I-211.20 PARAFUSO CANULADO ESCAFOI IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 2	_ ,	_ 2	_ _ , _		
2- 00 00193178	FIO	KIRSCHNER 0,8X300MM 4		_ _ - 		4	,		
10223680050		7411001111211 0,02000111111 4		<u> </u>		_1 -7	1111711		
3- _	_ _					_	,		
	_ _ _				_ _ _ _	_ _			
4- _	_				_ _ _ , _	_	,		
	_ _ _			_ _ _	_ _ _ _ _	_ _			
5-	_				_ _ _ _ _ ,	_	_ ,		
	_ _ _				_ _ _ _	_ _			
6-	_					_	,		
24 - Especificação do Material									
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/09/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização				