

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91318924

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número d	la Guia Atribuí	do pela Oper	adora		913	18924				
4 - Data da Autorização 25/05/2023 (	11	Senha	91318924	6 - Data de Valid	dade da Senha 29/07/20	23					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Va	alidade da Carteira	1	9 - Atendiment	o de RN	$\neg$			
9750000015030051			30/0	4/2023		N					
50 - Nome Social											
A											
10 - Nome											
GILSON APARECID	O SALLE	s									
Dados do Contratado So	olicitante										
12 - Código na Operadora		13	- Nome do C	Contratado							
10.246.214/0001-04		∥u	NIORT E	ORTOPEDIA E	SPECIALIZA	DA LTDA					
14 - Nome do Profissional	Solicitante				15 - 0	onselho Profiss	ional	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
CESAR EDUARDO	CASTRO I	FERREIRA	MARTINS	;	06	06 22343			41 225270		225270
Dados do Hospital / Loca	al Solicitado	o / Dados da	Internação								
19 - Código na Operadora	/ CNPJ	20 - No	me do Hospi	tal / Local Solicitad	lo				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UNIO	RT E ORT	OPEDIA ESPE	CIALIZADA	LTDA			30/05/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo	de Internação	24 - Regir	me de Internação	25 - Qtde. Di	rias Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OP	ME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
1		С		1		1		S			N
29 - CID 10 Principal (opci	onal) 30	- CID 10(2) (o	pcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 -	CID 10(4) (opcic	onal)	33 - Indicação de A	scidente (a	cidente ou c 9	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens	Assistencia	is Solicitados									
_	o do Procedi		6 - Descrição							- Qtde. Soli	
1- 22 3072716				MIAS E/OU PSE	UDARTROS	ES - TRATAN	IENTO	CIRURGICO	1		1
2- <b>22 3073202</b> 3- <b>22 3072815</b>			NXERTO (		CDONICAS	AO NIVEL D	n TABI	NOZELO - TRAT	1 AM 1		1
4- 18 6000080								IEIRO PRIVATIV			1
5-				QUARTO GOL	LIIVO DE L	LLII OO OON	DAM	LIKOTKIVATI		1 1 1	
-   -   -   -   -   -   -   -   -   -		 							- 	-11 	
7-   _										<u>.                                  </u>	 
8-   _										_	
9-          _									_	_  _	
10-  _	_ _								_	_	_ _
									<u> </u> -	_	_ _ _
12-	-								l_	_	
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adm	issão hospit	alar 40 - Qt	de Diárias Au <b>1</b>	itorizadas 41	- Tipo de Acom	odação autoriza	da				
42 - Código na Operadora	/ CNPJ auto	orizado 43	- Nome do H	Hospital / Local Aut	orizado	·					44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/05/2023 / 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											
1	- 11						-1				



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

Unimed A

·	Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	91318924		91318924	25/05/2023 08:42		91318924	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social						
9750000015030051							
8 - Nome							
GILSON APARECIDO SAL	LES						
Dados do Profissional Solicitant	te						
9 - Nome do profissional solicitante		10 - Telefone	11	1 - E-mail			
<b>CESAR EDUARDO CAST</b>	RO FERREIRA MARTINS						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANE INDICAÇAO CLINICA EM ANE							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Mate	rial 15 - Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	0 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Material	22 - Referência do materia	al no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 00597783	KIT TREFINA MOSAICOPLAST	ΓΙΑ 12MM PA12A.005	1	,	_  1	,	
80521210016	ARTHROM COMERCI	O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_				
2- 00 71876561		LICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 -	2	,	_  2	,	
80083650063	ARTHROM COMERCI	O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _			
3- <b>00 02958430</b>		MENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC ZIPTIGH	1	,	_  1	,	
80044680067		O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _ _			
4- 00 00934658	PARAFUSO CANULADO 28MN		2	,	_  2	,	
10209780045	CIRUSIL COM DE IMP	PLANTES ORTOPEDICOS LTDA	_ _ _ _	_ _ _ _			
5-				_	_	_ _ _ ,	
				_ _ _ _ _			
6-				_   _ _ _ _	_	_ ,	
					_		
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
•	-0900 / Emitido em 25/05/2023 / Empresa / Titular: U	NIMED DO ESTADO DO PARANA					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			