



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89783668

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89783668			
4 - Data da Autorização 10/01/2023 11:57		5 - Senha 89783668		6 - Data de Validade da Senha 12/03/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 9750000017583821		8 - Validade da Carteira 31/05/2023		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome LUCAS OSIPI				11 - Cartão Nacional de Saúde 706802728346921	
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 CARLOS EDUARDO MOTOOKA			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 21679
			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 12/01/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento 2		23 - Tipo de Internação 2		24 - Regime de internação 1	
		25 - Qtde. diárias Solicitadas 1		26 - Previsão de uso de OPME S	
				27 - Previsão de uso de Quimioterápico N	
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	
1- 22		30722535		OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE FALANGE E METACARPEANA COM US	
2- 18		60000805		DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	
3- [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
4- [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
5- [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
6- [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
7- [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
8- [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
9- [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
10- [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
11- [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
12- [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		40 - Qtde Diárias Autorizadas 1		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 10/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / 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	



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

2 - Nº

89783668

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89783668	4 - Senha 89783668	5 - Data da Autorização 10/01/2023 11:57	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89783668
-----------------------------------	-------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 9750000017583821	8 - Nome LUCAS OSIPI
---------------------------------------------------	--------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante CARLOS EDUARDO MOTOOKA	10 - Telefone	11 - E-mail
-----------------------------------------------------------------------	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Item	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					
1- 00	00417416	PLACA FIBULA BLOQUEADA AV LATERAL DISTAL DIERITA 03 FUROS TI		1		1	
81118460027		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	72375906	FAMILIA DE MICRO E MINI PARAFUSOS VERSA TORXDRIVE - 223-24-14-		1		1	
10247700109		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3- 00	00503614	PARAFUSO CORTICAL 2,7X34MM 172-28-34		1		1	
10247700039		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 10/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

26 - Data da Solicitação _ _ / _ _ / _ _ _ _	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------------------------------	---------------------------------------------	-------------------------------------------------