

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91454374

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 91454374 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 06/06/2023 12:08 91454374 08/08/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 9750000017119173 31/01/2023 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **RONILDA ODORIZZIO PINTO ROSA** Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 17 - UF 225270 **RAFAEL MAURICIO BELETATO** 06 28806 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 17/06/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação 26 - Previsão de uso de OPME C 1 s Ν 1 28 - Indicação Clínica TENOPLASTIA AQUILES COM TENDINOPATIA 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30731224 TRANSPOSICAO UNICA DE TENDAO 2- 22 30729190 OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DO TARSO E MEDIO PE - TRATAMENTO 1 3- **22** 30731127 TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES 4- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 6- |\_\_|\_\_| 11-12-I I I II I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/06/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30 731089 TENODESE MEDICO DE ACORDO. / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	siada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atrib	uído polo Oporodoro
343269	3 - Numero da Guia Referen	91454374	4 - Serina	91454374		0 - Numero da Guia amb	91454374
		31434374		31737377	00/00/2023 12:00		31737377
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social							
9750000017119173							
8 - Nome							
RONILDA ODORIZZIO PINTO ROSA							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	I1 - E-mail		
RAFAEL MAURICIO BELETATO							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica TENOPLASTIA + AQUILES COM TENDINOPATIA TENOPLASTIA AQUILES COM TENDINOPATIA TENOPLASTIA AQUILES COM TENDINOPATIA AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30731089 TENODESE MEDICO DE ACORDO.							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Material 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				23 - Nº Autorização	o de Funcionamento		
			FRUCAO LIGAMENTAR (ESTERILIZADO) - 3			_  1	,
10209780026	FIO		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- <b>100457630 81544220019</b>	FIU		RVIVEL DE ALTA RESISTENCIA MONOFILA CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_	_  1	,
3- <b>78820596</b>	1.44	IINA DE SERRA ESTERIL					
80407790006	LAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1	-
4-		AKTIIKOW COWLK	SIO DE IMPLANTESONTOFEDICOSETDA		 		
·						-ı ııı 	IIII'III
5-		IIIIII			-	_,, 	,
	- <del>     </del>				 	_,	1111/111
6-						_,, _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa	·			·	<u> </u>		
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/06/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30731089 TENODESE MEDICO DE ACORDO. / Empresa / Titular: UNIME D DO ESTADO DO PARANA							
D DO LOTADO DO TARRIERA							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	do Responsável pela Autorização		