

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92532373

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da G 343269	uia Atribuído pela O	peradora		92532373						
4 - Data da Autorização 14/09/2023 14:57	nha 925323	6 - Data de Validade	e da Senha 18/11/2023							
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira	8	- Validade da Carteira	9 -	Atendimento de RN						
102000000907458	0:	2/09/2022		N						
50 - Nome Social										
10 - Nome USUARIO ADMISSIONAL LAR										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	1 1	do Contratado E ORTOPEDIA ESPI	ECIALIZADA	LTDA						
14 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA				elho Profissional	16 - Número do C 30165	11	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Local Solicitado / D	ados da Internaçã	0								
19 - Código na Operadora / CNPJ										
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de	Internação 24 - R		5 - Qtde. Diárias		evisão de uso de OP	<u> </u>		iso de Quimioterápico		
28 - Indicação Clínica	<u>'</u>	•			<u> </u>			-		
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CI	D 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opciona	al) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	cidente (acid		oença relacionada)		
Procedimentos ou Itens Assistenciais S	Solicitados									
34 - Tabela 35 - Código do Procedimer 1- 22 30733030 2- 22 30733073 3- 22 30731216 4- 18 60000805	CONDRO RECONS TRANSP DIARIA I	DPLASTIA (COM REM STRUCAO, RETENCIO OSICAO DE MAIS DE DE QUARTO COLETI	ONAMENTO E 1 TENDAO IVO DE 2 LEI	OU REFORCO D - TRATAMENTO TOS COM BANH	O LIGAMENTO CIRURGICO IEIRO PRIVATIV	NTO 1 CR 1 1 O 1	Qtde. Soli	1 1 1		
5- 18 60024151 6-		ELTAXA DE APARELI	TIO / EQUIF A	MENTO PARA A	INTROGEOFIA I	PAR 1		1 - - - - - - - - - - - -		
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias	11 '	oo de Acomodaç	ão autorizada						
42 - Código na Operadora / CNPJ autoriza 10.246.214/0001-04	11	do Hospital / Local Autoriza		LTDA			11	44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/09/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM **** PACIENTE ANDREZA APARECIDA DOS SANTO S OLIVEIRA ***** / Empresa / Titular: UNIMED OESTE DO PARANA										
46 - Data da Solicitação 47 -	Assinatura do Profi	ssional Solicitante 48 -	Assinatura do E	eneficiário ou Respo	onsável 49 - Ass	inatura do R	esponsáve	el pela Autorização		



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

Unimed &

"	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído						
343269	92532373		92532373	14/09/2023 14:57		92532373					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social										
1020000000907458											
8 - Nome											
USUARIO ADMISSIONA	L LAR										
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicita	ante	10 - Telefone	11	- E-mail							
GUILHERME JOSE MIY	ASAKI PIOVESANA										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica											
RUPTURA DO LCA JOELHO RUPTURA DO LCA JOELHO											
	UNIMED DE ORIGEM **** PACIENTE ANDREZA A	PARECIDA DOS SANTOS OLIVEIRA ****									
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M				. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado					
21 - Registro ANVISA do Mater			23 - Nº Autorização	de Funcionamento							
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SE		<u> </u>		_ 1	,					
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.								
2- 00 72320907		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	_ 1		_ 1	,					
80044680067		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	-	_							
3- 00 00597007 80044680085		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	,					
4	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESON TOPEDICOSETDA		_							
⁴⁻	-			_	_	_ _ , _					
-	- -				 _						
			 		- 						
	- -				 						
			 		-I	III''II					
24 - Especificação do Material											
24 Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/09/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM **** PACIENTE ANDREZA APARECIDA DOS SANTOS OLIVEIRA ***** / Empresa / Titular: UNIMED OESTE DO PARANA											
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante			28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização							