

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93570947

(Via HOSPITAL)

		l .										
1 -	Número da Gui	ia Atribuído	pela Opera	adora								
343269							9357	0947				
4 - Data da Autorização	5 - Senh			H	Validade da							
21/12/2023 11	:46	9:	3570947		20/	02/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Va	alidade da Cart	eira	9-7	Atendimento	de RN				
9750000017217175							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome MARLENE DUARTE DE SOUZA NERIS												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		11	Nome do C									
10.246.214/0001-04		UN	IORT E	ORTOPEDIA	SPECIA	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional So	olicitante					15 - Conse	elho Profissio	- 11	16 - Número do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
CESAR EDUARDO CA	ASTRO FER	REIRA N	IARTINS	i		06			22343		41	225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Da	idos da Int	ternação									
19 - Código na Operadora /	CNPJ	1	•	tal / Local Solic								para Internação
10.246.214/0001-04		UNIOR	T E ORT	OPEDIA ES	A ESPECIALIZADA LTDA				27/1		2/2023 00:00	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de In	iternação	24 - Regin	ne de Internação 1	o 25 - Q	tde. Diárias S 1	Solicitadas	26 - Prev	visão de uso de OPN S	E 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica												
29 - CID 10 Principal (opcion	nal) 30 - CID	10(2) (opc	ional)	31 - CID 10(3)	(opcional)	32 - CID 1	10(4) (opcior	nal) 3	3 - Indicação de Ac	,		doença relacionada)
											9	
Procedimentos ou Itens A												
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1- 22 30728150 LESOES LIGAMENTARES CRONICAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAM 1 1 2- 18 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 1 1												
3- _		_l								_	_	
4- _	_	_!									_	
5-	-	_									_ _	
6- _ _ _ 7-	- 	_ 								 	- 	
9-		_i _i								i_	 _	 _
10-	_ _ _	_i									_	_
11-	_ _ _ _									_	_	
12-		_									_	_
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1					41 - Tipo de Acomodação autorizada 12							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Loc			Hospital / Local	al Autorizado							44 - Código CNES	
1					IA ESPECIALIZADA LTDA							6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 21/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN												
A												
46. Data da Calinitação	1 42 4		L D (C)	and Callaite of	1 40 0	noture de D	onoficiá-i-	u Dossa	névol 140 A de	oture -	Doon '	val pala Autorização



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

Unimed #

"	- Número da Guia Referer	11	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		93570947		93570947	21/12/2023 11:46		93570947		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
9750000017217175									
8 - Nome	OOUZA NEDIO								
MARLENE DUARTE DE S									
Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail									
CESAR EDUARDO CAST		TIME	10 - Telefone		1 - E-maii				
	RO FERREIRA MAR	KIINS							
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica									
INDICAÇAO CLINICA EM AN INDICAÇAO CLINICA EM AN INDICAÇAO CLINICA EM AN AUTORIZADO CONFORME I	EXO								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do Ma		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	zitado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Materia		22 - Referência do materia		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 72549912 80044680279	AN		UGGERKNOTLESS - 010000324: 1.45 MM J O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 2 	_ ,	_ 2	,		
2-		I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_	FORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular:		O DO PARANA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização				