

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90214359			
4 - Data da Autorização 16/02/2023 16:49		5 - Senha 90214359		6 - Data de Validade da Senha 28/04/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 9750000010558643		8 - Validade da Carteira 04/04/2024		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome DIEGO RAFAEL ROSA				11 - Cartão Nacional de Saúde 700307964924135	
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 CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 22343
			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 20/02/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento 1		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 Quimioterápicos N	
28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA 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 1- 22 2- 18 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12-					
35 - Código do Procedimento 30732026 60000554 					
36 - Descrição ENXERTO OSSEO DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 					
37 - Qtde. Solic. 2 1 					
38 - Qtde. Aut. 2 1 					
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar 16/02/2023		40 - Qtde Diarias Autorizadas 1		41 - Tipo de acomodação autorizada 12	
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 16/02/2023 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. MEDICO DE ACCORDO// REFERENTE A MICRO SERRA - MATERIAL INSTRUMENTAL - INCLUSO EM TAXA DE SALA. / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA					
46 - Data da Solicitação 16/02/2023		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2 - Nº Guia no Prestador

90374099

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação	4 - Data da Autorização 06/03/2023 09:05
5 - Senha 90374099	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90374099	
Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira 9750000010558643	8 - Nome DIEGO RAFAEL ROSA	
Dados do Contratado Solicitante		
9 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	10 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA	
11 - Nome do Profissional Solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS	12 - Conselho Profissional 06	13 - Número do Conselho 22343
	14 - UF 41	15 - Código CBO 225270
Dados da Internação		
16 - Qtde. diárias Adicionais Solicitadas 0	17 - Tipo da acomodação solicitada 12	
18 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO		
Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados		
19 - Tabela 1- 22	20 - Código do Procedimento 30729203	21 - Descrição OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT
2- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22 - Qtde. Solic. 1
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23 - Qtde. Aut 1
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dados da autorização		
24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas 0	25 - Tipo da Acomodação Autorizada 12	
26 - Justificativa da operadora		
27 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: CUNICO_ANA em 06/03/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA		
28 - Data da Solicitação <input type="text"/>	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização



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

2 - Nº

90214359

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90214359	4 - Senha 90214359	5 - Data da Autorização 16/02/2023 16:49	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90214359
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 9750000010558643	8 - Nome DIEGO RAFAEL ROSA
---	--------------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. MEDICO DE ACORDO// REFERENTE A MICRO SERRA - MATERIAL INSTRUMENTAL - INCLUSO EM TAXA DE SALA.
--

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
1- 00	00193178	FIO KIRSCHNER 0,8X300MM 40012300080		2		2	
10223680050							
2-	76219380	FAMILIA DE PLACAS ESPECIAIS VERSA PARA MICRO E MINI FRAGMEN		2		2	
10247700113		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 16/02/2023 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. MEDICO DE ACO RDO// REFERENTE A MICRO SERRA - MATERIAL INSTRUMENTAL - INCLUSO EM TAXA DE SALA. / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

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