

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93713219

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Gui | a Atribuído | pela Opera | adora | | | | | | | | | |
|---|-------------------|-------------|--------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------|----------|----------------------|--|----------------------------------|-----------------------|--|
| 343269 | | | | | | | 9371 | 3219 | | | | | |
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senh | a | | 6 - Data de \ | √alidade da \$ | Senha | | | | | | | |
| 12/01/2024 (| 07:25 | 9: | 3713219 | | 12/ | 03/2024 | | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | | 8 - Va | alidade da Cart | eira | 9 - / | Atendimento | | | | | | |
| 9750000010492260 | | | | | | | N | | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome | | | | | | | | | | | | | |
| JUSEMA APARECIE | DA DE ANDRA | DE VIEI | RA | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora | | - 11 | Nome do C | | FORFOL | A | LTDA | | | | | | |
| 10.246.214/0001-04 | | UNI | IORTEC | PRTOPEDIA | ESPECIA | | | | Г <u>-</u> | | 10 | 1 | |
| 14 - Nome do Profissional RAFAEL MAURICIO | | | | | 15 - Conselho Profissional | | | 11 | | 17 - UF | 18 - Código CBO 225270 | | |
| | | | . ~ | | | 00 | | | 20000 | | 41 | 223270 | |
| Dados do Hospital / Loci 19 - Código na Operadora | | | • | al / Local Solic | itada | | | | 11 | 21 Dot | o ougorido r | ara Internação | |
| 10.246.214/0001-04 | / CNPJ | t | | | | tado PECIALIZADA LTDA | | | | 21 - Data sugerida para Internação 27/01/2024 00:00 | | | |
| 22 - Caráter do Atendimento | 23 - Tipo de In | L | | | | tde. Diárias | | 00 D** | evisão de uso de OPM | | | | |
| 1 | C | ternação | 24 - Regin | ne de Internação 1 |) 25 - Q | ide. Diarias i | Solicitadas | 20 - PIE | S | IE 27 - | Previsão de | uso de Quimioterápico | |
| 28 - Indicação Clínica | | | | • | | • | | | | | | ., | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opci | onal) 30 - CID | 10(2) (opc | ional) 3 | 31 - CID 10(3) (| (opcional) | 32 - CID ² | 10(4) (opcior | nal) | 33 - Indicação de Ac | idente (a | cidente ou o | doença relacionada) | |
| Procedimentos ou Itens | Assistanciais Co | licitodos | | | | | | | | | - | | |
| | o do Procedimento | | - Descrição | | | | | | | 37 | ' - Qtde. Sol | ic. 38 - Qtde. Aut. | |
| 1- 22 3073111 | | | - | TIA / ENXER | RTO DE TE | ENDAO - ' | TRATAME | ENTO C | IRURGICO | 2 | - Qide. 30i | 2 | |
| 2- 22 3072918 | 1 | HA | LLUX VA | ALGUS (UM | PE) - TRA | TAMENT | CIRURG | SICO | | 2 | | 2 | |
| 3- 22 3072920 | 3 | os | STEOTON | IIA OU PSE | UDARTRO | SE DOS | METATAF | RSOS/F | ALANGES - TRA | AT 2 | | 2 | |
| 4- 18 6000080 | 5 | DIA | ARIA DE | QUARTO C | OLETIVO | DE 2 LEI | ros com | BANH | EIRO PRIVATIVO | 0 1 | | 1 | |
| 5- | - - | -! | | | | | | | | - | _ | | |
| 6- 7- | - | _ | | | | | | | | - | _ | | |
| | | -1 1 | | | | | | | | - | _ | | |
| 9- | | _, _i | | | | | | | | | _ | | |
| 10- | | _i | | | | | | | | i_ | _ | | |
| 11- | | _l | | | | | | | | _ | _ _ | _ | |
| 12- | _ | <u> </u> | | | | | | | | _ | _ | _ | |
| Dados da autorização | | | | | | | | | | | | | |
| 39 - Data provável da Adm | issão hospitalar | 40 - Qtde | Diárias Au | torizadas | 41 - Tipo de | Acomodaç | ão autorizad | la | | | | | |
| 1 | | | | 1 | | | | | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Loc UNIORT E ORTOPED | | | | | 11 | | | | | 44 - Código CNES 6528104 | | | |
| 45 - Observação / Justificativa | | | | | | | | | | | | | |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN | | | | | | | | | | | | | |
| A | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 46 Data da Calisitação | 1 47 4 | oningtur- | do Drofio-!- | nal Caliaita-t- | 7 [40 A: | noturo de D | onoficiório - | Door - | noával 40 Appir | oturo -l- | Deepers fo | | |



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

| · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | 3 - Número da Guia Referer | nciada | 4 - Senha | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora | | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|---|--|---|------------------------------|--------------------------------|--|--|
| 343269 | | 93713219 | | 93713219 | 12/01/2024 07:25 | | 93713219 | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | | | | |
| 9750000010492260 | | | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | | | |
| JUSEMA APARECIDA I | DE ANDRADE VIEIRA | | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solici | | | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicit | | | 10 - Telefone | 1 | 1 - E-mail | | | | |
| RAFAEL MAURICIO BE | LETATO | | | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica HALLUS VALGO BILATERA HALLUS VALGO BILATERA AUTORIZADO CONFORME | L | | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do M | | Descrição | | | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | citado 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitário Autorizado | | |
| 21 - Registro ANVISA do Mate | | 22 - Referência do mater | | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento | 1 4 | | | |
| 1- 00245097 80356130085 | FRI | | 65H 2,9X65MM 978821600 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | <u> </u> | _ , | _ 1 | , | | |
| 2- 00619388 | FRI | ESA CIRURGICA PE SHS6 | | | | 1 | , | | |
| , | | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | _ı · | 1 | | |
| 3- 00 00193178 FIO KIRSCHNER 0,8X300MM 400123 | | | | _ 2 | | _ 2 | _ _ , _ | | |
| 10223680050 | | | | · · · | | | | | |
| 4- 00 78611920 | PAI | RAFUSOS OMEGATECH E | BISELADOS TECHIMPORT - TI014.1030.034- | 4 | , | _ 4 | , | | |
| 81118460046 | | ARTHROM COMERC | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | | | |
| 5- _ | | | | | _! _ _ _ _ - | _ | _ _ , | | |
| | _ _ _ | | - | | _ _ _ _ | _ | | | |
| 6- _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ | | | | | _ | , | | |
| 24 - Especificação do Material | | IIIIII | | | | | | | |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa | | | | | | | | | |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pr | ofissional Solicitante | | 28 - Assinatura d | o Responsável pela Autorização | | | | |