

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95864697

(Via HOSPITAL)

"	Número da Guia	Atribuído p	oela Operad	dora								
343269							95864	697				
4 - Data da Autorização 19/07/2024 14:	5 - Senha	958	864697	6 - Data de Vali		Senha 09/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 9750000013535202 N												
50 - Nome Social												
10 - Nome CELIA REGINA DELLA TORRE REAL												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		i i i	lome do Co									
10.246.214/0001-04		UNIC	ORT E O	RTOPEDIA E	SPECIA							
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ						15 - Conselho Profissional 16 - Número do 17905			- Número do C 7905	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	os da Intei	rnação									
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida par 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 20/07/2024 00:00							-					
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime	e de Internação	25 - Q	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Previs	ão de uso de OP	ME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica REPARO OU SUTURA DE		<u> </u>										
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 As	sistenciais Soli	citados									9	
	o Procedimento	36 - E REP OST PCT	EOCONI ARTRO IGUELTA	I SUTURA DE DROPLASTIA SCOPIA DE J IXA DE APAR	A - ESTA IOELHO RELHO /	BILIZAC, UNIORT EQUIPA	AO, RESSE - APT MENTO PA	RA ART	ROSCOPIA	OSC 1 A # 1 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde D	Diárias Auto	orizadas 41		Acomodaç	ão autorizada					
							44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/07/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95864697	4 - Senha	95864697	5 - Data da Autorização 19/07/2024 14:11	6 - Número da Guia atribuído	
	93864697		95864697	19/07/2024 14:11		95864697
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
9750000013535202						
8 - Nome						
CELIA REGINA DELLA	TORRE REAL					
Dados do Profissional Solici	tante					
9 - Nome do profissional solicit	ante	10 - Telefone	11	- E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVE	EIRA QUEIROZ					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica REPARO OU SUTURA DE REPARO OU SUTURA DE						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do N				. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00116700		IPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			_ 1	_ ,
80743230025		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 00499293 80356130052		AO OB F 2,9X5,5MM 892350000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	_ _ _ ,	_ 1	,
3-	AKTIKOW COWLK	CIO DE INIFERNILISON FOFEDICOSETDA		_		_ _ ,
	- - - - - - -			_	_I	I 19
					 -	_ _ ,
				_	-ı ı—ı—ı—ı _ll	1-1-1-1-11-1-1
5-					 _	_ _ ,
6- _ _			_ _ _	_	_	_ _ , _
				_	_ _	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 19/07/2024 / Empresa / Titular:	UNIMED DO ESTADO DO PARANA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		