

#### 90214359

(Via HOSPITAL)



\_|/|\_\_|\_|/|\_

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 90214359 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 16/02/2023 16:49 90214359 28/04/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 9750000010558643 04/04/2024 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 700307964924135 **DIEGO RAFAEL ROSA** Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO **CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS** 06 22343 225270 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida pata Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 20/02/2023 00:00 22 - Caráter de Atendimento 23 - Tipo de Internação 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 2 S 1 1 Ν 28 - Indicação Clínica INDICAÇAO 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 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 34 - Tabela 36 - Descrição 1- 22 30732026 **ENXERTO OSSEO** 2 2 2- 18 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 1 12-Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 12 \_|\_|/|\_\_| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 6528104 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 16/02/2023 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. MEDICO DE ACO RDO// REFERENTE A MÍCRO SERRA - MATERIAL INSTRUMENTAL - INCLUSO EM TAXA DE SALA. / 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





## GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 - Nº Guia no Prestador DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

343269	3 - Numero da Guia	de Solicitação de Internação		06/03/2023 09:05					
5 - Senha			6 - Número da Guia a	atribuido pela Operadora					
Dadas da Davidada		90374099					90374099		
Dados do Beneficiário 7 - Numero da Carteira		8 - Nome							
9750000010558643		DIEGO RAFAEL RO	SA						
Dados do Contratado Solicitante	•								
9 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	9 - Código na Operadora 10 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								
11 - Nome do Profissional Solici	itante		12 - Cons	selho Profissional 13 - N	úmero do Conselho	14 - UF 15	5 - Código CBO		
CESAR EDUARDO CA	STRO FERREI	RA MARTINS	06	2234	3	41 2	25270		
Dados da Internação				<b>1.1</b>					
16 - Qtde. diárias Adicionais So	licitadas 17 -Tipo	da acomodação solicitada							
0		12							
Procedimentos ou Itens Assiste									
19 - Tabela 20 - Código do 1- <b>22 30729203</b>	Procedimento	21 - Descrição  OSTEOTOMIA OU PSEUDA	ADTROCE DOC M	IETATADEOE/EAL AN			:. 23 - Qtde. Aut		
1- 22 30729203 2-		OSTEUTOMIA UU PSEUDA	ARTROSE DOS M	IETATARSUS/FALAN	GES - TRAT (1)				
Dados da autorização									
24 - Qtde. Diárias Adicionais Au	torizadas 25 - Tipo	da Acomodação Autorizada							
26 - Justificativa da operadora  27 - Observações / Justificativa		lo Por: CUNICO_ANA em 06/03/20	23 / Empresa / Titula	ar: UNIMED DO ESTADO	DO PARANA				
28 - Data da Solicitação	_   29 - Assinati	ura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Res	sponsável pela Autorização					



### 90214359



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

343289 90214359 90214359 100227023 16.09 9021435	1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora				
1. Name   1. N	343269	90214	359		90214359	16/02/2023 16:49	90214359				
DEGORAFAE NOSA	Dados do Beneficiário										
Notes and Sciolanes  CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS  District company  Total Carlon Country Cou	7 - Numero da Carteira	8 - Nome									
11-5-role   11-5	9750000010558643	9750000010558643 DIEGO RAFAEL ROSA									
CESAR EDUARDO CASTRO FERREIX MARTINS  DECRETACIONE  DECRET	Dados do Profissional Solicitante										
The Foundation of the Part of	9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	11	I - E-mail					
12 - Jackson Sterkins   13 - Characterio   14 - Characterio   15 - Characterio   16 - Characterio   17 - Characterio   17 - Characterio   18 - C	CESAR EDUARDO CA	STRO FERREIRA MARTINS									
NDICA54A C LINICA EM ANEXO    NDIC	Dados da cirurgia										
15 - Descrição   16 - Códição bram   15 - Descrição   16 - Opcido 17 - Citic Solicitado   18 - Valor Unitário Solicitado   18 - Va	INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO										
15 - Description   15 - Descri	OPME Solicitadas										
22 - Referência do material no fabricame  23 - Nº Autorização de Fucionamento  1023580055  2		em 15 - Descrição			16 - Oncão 17 - (	Otde Solicitada 18 - Valor Unitário So	olicitado 19 - Otde Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado				
10223680050 2: 76219380 FAMILIA DE PLACAS ESPECIAIS VERSA PARA MICRO E MINIFRAGMEN 2				22 - Referência do material no fa							
10223680050 2- 76219380 FAMILIA DE PLACAS ESPECIAIS VERSA PARA MICRO E MINIFRAGMEN 2	1- 00 00193178	FIO KIRSCHNER 0,8X	00MM 4001	2300080	2		2				
2- 76219380 FAMILIA DE PLACAS ESPECIAIS VERSA PARA MICRO E MINI FRAGMEN 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					<u></u>   	-					
10247700113 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT		EAMILIA DE DI ACAS	SDECIVIE	VERSA DARA MICRO E MINI ERAGMEN	 						
3					'						
4-		AKTHROWCC	WIERCIO DE	: IMPLANTE30NI							
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	3-   _   _   _   _   _				-	:					
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	_   _   _   _   _   _   _   _   _	_				_ _ _ _ _ _	<del>                   -</del>				
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	4-   _   _   _   _   _				-	,					
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		_				<u>  _ _ _ _ _ </u>	<del></del>				
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	5-				_	_ _   _ ,					
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		_  _				<u>  _ _ _ _ _ </u>	<u></u>				
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	6-   _				_						
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											
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	24 - Especificação do material			,,							
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	24 - Especificação do material										
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	25 - Observações / Justificativa										
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização	Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 16/02/2023 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. MEDICO DE ACO										
	The state of the s										
	26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante			28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					
	_   _   /   _   /   _   _   _	.									