

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90378351

(Via HOSPITAL)

		-										
1 - Registro ANS 343269	3 - Número da G	Guia Atribuí	do pela Ope	eradora			90378	351				
4 - Data da Autorização						Senha 05/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - \	/alidade da Carte	eira	9 -	Atendimento d	de RN				
9750000013534770 31/10/2023						N						
50 - Nome Social												
10 - Nome BRUNO SERGIO GALATTI												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61												
14 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL MAURICIO BELETATO						15 - Cons	elho Profission	- 11	16 - Número do C 28806	Conselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Loc	al Solicitado / [Dados da l	Internação									
19 - Código na Operadora	a / CNPJ	11		oital / Local Solici			DE 1 011DE			11		ara Internação
78.613.841/0001-61	- 100 Time de			EVANGELIC					vie a de voe de Of	<u> Ш.,</u>	2023 00:0	
22 - Caráter do Atendiment 1 28 - Indicação Clínica	11 '	Internação	24 - Reg	ime de Internação 1	25 - Q	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pre	visão de uso de OF S	PME 27 - 1	Previsao de	uso de Quimioterápico
29 - CID 10 Principal (opcomprocedimentos ou Itens 34 - Tabela 35 - Códig 1- 22 3073112 2- 22 3073108	Assistenciais S go do Procedime 27	nto 3	s 86 - Descriçã	STIA DE TEN			10(4) (opciona REGIOES	31)	33 - Indicação de <i>i</i>	· ·	cidente ou c 9 - Qtde. Soli	doença relacionada) ic. 38 - Qtde. Aut. 1
3- 22 307340 5					ENCIONA	MENTO	OU REFORC	CO DE	LIGAMENTO	•		1
4- 18 6000038				ACOMPANH						1		1
5- 18 6000055	54			APARTAME						1		1
6- 18 6002415	51	<i>A</i>	ALUGUEL	TAXA DE APA	ARELHO /	EQUIPA	MENTO PAI	RA AF	RTROSCOPIA	PAR 1		1
7- _	_									<u> </u> -	_	
8- _ 9-	_ 	_ 								 -	-1 -1 1	
9-	_111 	- 								 	-1	
11-		- 										
12-		. —.										
Dados da autorização												
39 - Data provável da Adr	nissão hospitalar	40 - Qt	de Diárias A 1	- 11	41 - Tipo de 12	Acomodaç	ão autorizada					
								44 - Código CNES 2550792				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 06/03/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN A												
46 - Data da Solicitação	47	- Assinatur	a do Profissi	ional Solicitante	48 - Assi	natura do E	eneficiário ou	Respor	nsável 49 - As	sinatura do	Responsáv	el pela Autorização



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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 90378351	4 - Senha	90378351	5 - Data da Autorização 06/03/2023 11:48	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90378351				
Dados do Beneficiário		30070007		30070001	00/00/2020 11:40		30070001			
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
9750000013534770		20 Nome Coolai								
8 - Nome										
BRUNO SERGIO GALA	TTI									
Dados do Profissional Solici	tante									
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail					
RAFAEL MAURICIO BE	LETATO									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica LESAO DE TENDAO LESAO DE TENDAO AUTORIZADO CONFORME	E UNIMED DE ORIGEM									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricante		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solio de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado			
1- 19 76220974			ERSOR - GMREIS - 320-351580-PE1 - ANCO	2		_ 2	,			
10247700123				 		.				
2- 00 00162477	CAN	NULA MICRODEBRIDACA	AO AMC F 2,9X5,5MM 891710000	_ 1	_ _ _ , _	_ 1	_ _ , _			
80356130052			_							
3- 00 71876561					,	_ 2	_ _ , _			
80083650063			_	_ _						
4- 75043114	SUT	TURA CIRURGICA TRANC	CADA UHMWPE COM AGULHA - 0234151-09	1	,	_ 1	_ _ , _			
80083650067			_							
5-	-				_	_	_ _ _ ,			
			_		_ _ _ _	_ _				
6-	_					_	,			
24 - Especificação do Material										
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 06/03/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA										
00. Data la 0. " " "	107 4	· Carland O. Frit		100 4	· B.······					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	Diissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização					