

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

96005748

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 -   | Número da Guia A   | Atribuído pela Ope               | radora                                      |                            |                  |                                    |                      |               |                                    |  |  |
|--|--------------------|----------------------------------|---|----------------------------|------------------|------------------------------------|----------------------|---------------|------------------------------------|--|--|
| 343269   |                    |                                  |   |                            | 960057           | <b>748</b>                         |                      |               |                                    |  |  |
| 4 - Data da Autorização  | 5 - Senha          | 00005740                         | 6 - Data de Valid                           |                            |                  |                                    |                      |               |                                    |  |  |
| 01/08/2024 14  | :33                | 96005748                         | <u> </u>                                    | 01/10/2024                 |                  |                                    |                      |               |                                    |  |  |
| Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira  8 - Validade da Carteira  9 - Atendimento de RN   |                    |                                  |   |                            |                  |                                    |                      |               |                                    |  |  |
| 9750000011347298   |                    |                                  | andado da Cartona                           |                            | N                |                                    |                      |               |                                    |  |  |
| 50 - Nome Social   |                    |                                  |   |                            |                  |                                    |                      |               |                                    |  |  |
|  |                    |                                  |   |                            |                  |                                    |                      |               |                                    |  |  |
| 10 - Nome  |                    |                                  |   |                            |                  |                                    |                      |               |                                    |  |  |
| RODRIGO AGUILAR O  |                    |                                  |   |                            |                  |                                    |                      |               |                                    |  |  |
| Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Operadora  13 - Nome do Contratado   |                    |                                  |   |                            |                  |                                    |                      |               |                                    |  |  |
| 10.246.214/0001-04   |                    | 11                               | ORTOPEDIA E                                 | SPECIALIZAD <i>A</i>       | LTDA             |                                    |                      |               |                                    |  |  |
| 14 - Nome do Profissional So   | licitante          |                                  |   | 15 - Cons                  | elho Profissiona | al 16 - Número do                  | o Conselho           | 17 - UF       | 18 - Código CBO                    |  |  |
| JOSE EVERALDO PEI  | DROLLO FILH        | Ю                                |   | 06                         | 06 23237         |                                    |                      | 41            | 225270                             |  |  |
| Dados do Hospital / Local  |                    | ,                                |   |                            |                  |                                    |                      |               |                                    |  |  |
| 19 - Código na Operadora / C   | 11                 |                                  | ital / Local Solicitado                     |                            | D.4              |                                    | 11                   |               | ara Internação                     |  |  |
| 10.246.214/0001-04   |                    |                                  | OPEDIA ESPE                                 |                            |                  |                                    |                      | 2024 00:0     |                                    |  |  |
| 22 - Caráter do Atendimento<br>2   | 23 - Tipo de Inter | naçao   24 - Regi                | me de Internação<br><b>1</b>                | 25 - Qtde. Diárias         | Solicitadas   26 | 6 - Previsão de uso de<br><b>S</b> | OPME   27 - F        | Previsao de i | uso de Quimioterápico              |  |  |
| 28 - Indicação Clínica   |                    |                                  | •   | JL                         |                  |                                    |                      |               |                                    |  |  |
|  |                    |                                  |   |                            |                  |                                    |                      |               |                                    |  |  |
| 29 - CID 10 Principal (opcion:   | al) 30 - CID 10    | D(2) (opcional)                  | 31 - CID 10(3) (opc                         | ional) 32 - CID            | 10(4) (opcional) | ) 33 - Indicação d                 |                      | cidente ou c  | loença relacionada)                |  |  |
| Procedimentos ou Itens As  |                    | itados                           |   |                            |                  |                                    |                      |               |                                    |  |  |
| 34 - Tabela     35 - Código o       1- 22     30729262       2- 22     30731224       3- 18     60000805       4-  |                    | TRANSPOS<br>DIARIA DE            | OO TENDAO DE<br>SICAO UNICA D<br>QUARTO COL | E TENDAO<br>ETIVO DE 2 LEI | TOS COM B        | NCRUENTO<br>ANHEIRO PRIVA          | 1<br>1<br>TIVO 1<br> | - Qtde. Soli  | c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1        |  |  |
| 6-   |                    |                                  |   |                            |                  |                                    |                      |               |                                    |  |  |
| Dados da autorização   |                    |                                  |   |                            |                  |                                    |                      |               |                                    |  |  |
| 39 - Data provável da Admiss   | sao nospitalar   4 | 10 - Qtde Diárias Ai<br><b>1</b> | utorizadas   41   41   <b>1</b>             | - Tipo de Acomodaç         | ao autorizada    |                                    |                      |               |                                    |  |  |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autori UNIORT E ORTOPEDIA ESI  |                    |                                  |   |                            | LTDA             | <u>.</u>                           |                      |               | 44 - Código CNES<br><b>6528104</b> |  |  |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/08/2024 / 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

| · · ·  | 3 - Número da Guia Referenciada                       | 4 - Senha  | 5 - Data da Autorização                        | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora |                               |                                |
|--|---|--|--|---|-------------------------------|--------------------------------|
| 343269   | 96005748  |  | 96005748                                       | 01/08/2024 14:33                            |                               | 96005748                       |
| Dados do Beneficiário  |   |  |  |   |                               |                                |
| 7 - Número da Carteira   | 29 - Nome Social                                      |  |  |   |                               |                                |
| 9750000011347298   |   |  |  |   |                               |                                |
| 8 - Nome   | ·   |  |  |   |                               |                                |
| RODRIGO AGUILAR C  | ANTERO  |  |  |   |                               |                                |
| Dados do Profissional Solic  | tante   |  |  |   |                               |                                |
| 9 - Nome do profissional solici  | ante  | 10 - Telefone  | 11   | I - E-mail                                  |                               |                                |
| JOSE EVERALDO PED  | ROLLO FILHO   |  |  |   |                               |                                |
| Dados da cirurgia  |   |  |  |   |                               |                                |
| 12 - Justificativa técnica<br>ROTURA DO TENDAO DE<br>ROTURA DO TENDAO DE |   |  |  |   |                               |                                |
| OPME Solicitadas   |   |  |  |   |                               |                                |
| 13 - Tabela 14 - Código do M   | laterial 15 - Descrição                               |  | 16 - Opção 17 - Qtde                           | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic     | itado 19 - Qtde. Autorizada : | 20 - Valor Unitário Autorizado |
| 21 - Registro ANVISA do Mate   |   |  | 23 - Nº Autorização                            | de Funcionamento                            |                               |                                |
| 1- 70530815  |   | TRUCAO LIGAMENTAR (ESTERILIZADO) - 3                                       | _  1   | _ _ _ ,                                     | _  1                          | _ _ , _                        |
| 10209780026<br>2- 00 78891353  |   | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA<br>HADA SUTURFIX - 0234241-090 - SUTURFIX, |  |   | 1 1                           | ,                              |
| 80083650084  |   | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA  | <u>                                       </u> | -           -                               | _  1                          |                                |
| 3-   | 1   1   1   |  |  |   | _                             | _ _ , _                        |
|  |   |  |  | _,  |                               | 1                              |
| 4-   |   |  |  | _   | _                             | ,                              |
|  |   |  |  | _ _ _ _                                     | _ _                           |                                |
| 5-   _   |   |  |  | _   | _                             | _,                             |
|  |   |  |  | _ _ _ _                                     |                               |                                |
| 6-   _   _   _   _   _   _   _   _   _                                   |   |  |  | _   | _                             | _ _ ,                          |
| 1—I—I—I—I—I—I—I—I<br>24 - Especificação do Material                      |   |  |  | _ _ _ _                                     | <u>_ll</u>                    |                                |
| 25 - Observação / Justificativa  |   |  |  |   |                               |                                |
|  | 372-0900 / Emitido em 01/08/2024 / Empresa / Titular: | UNIMED DO ESTADO DO PARANA   | 29 Assingting                                  | - Decrepcivel pela Autorizeasa              |                               |                                |
| 26 - Data da Solicitação   | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante           |  | Z8 - Assinatura do                             | Responsável pela Autorização                |                               |                                |