

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92376801

(Via HOSPITAL)

	11/	A: 11 (1										
1 - Registro ANS 3 - 343269	Número da Guia	Atribuido	pela Operad	dora			923768	301				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 92376801 6 - Data de V				6 - Data de Val		enha 1/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Vali	dade da Carteira	a	9 - /	Atendimento de	e RN	]			
0482083147000283			08/07	/2022			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome CRISTIANE DE CASSIA FRONTELI GOULART												
Dados do Contratado Solid	itante											
12 - Código na Operadora		13 - 1	Nome do Co	ntratado								
08.271.755/0001-32		HOS	SPITAL A	RAUCARIA	DE LON	DRINA L	.TDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante  MARCO MAKOTO INAGAKI					- 11	15 - Conselho Profissional				onselho	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dad	los da Inte	ernação									
19 - Código na Operadora / C	NPJ	20 - Nome	do Hospita	I / Local Solicitad	do					21 - Data	sugerida p	ara Internação
08.271.755/0001-32		HOSPIT	AL ARAI	JCARIA DE I	LONDRII	NA LTD	4			11/09/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime	e de Internação 1	25 - Qtd	de. Diárias : <b>1</b>	Solicitadas 2	6 - Previsão	o de uso de OPI	ME 27 - F	revisão de u	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica		1										
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (op			pcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Ir			- Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  9			
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	citados										
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 1- 22 30729050 ARTRODESE METATARSO - FALANGICA OU IN 2- 22 30731208 TENOTOMIA					OU INTERF	ALANGI	CA - TRATA		- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1		
3- 22 30729181				LGUS (UM PE	-					1		1
4- 22 30729203				A OU PSEUD			_					1
5- <b>18 60000805</b> 6-		UIA I	IRIA DE (	QUARTO COI	LETIVOL	JE Z LEI	IOS COM B	ANHEIR	OPRIVATIV	0 1		1
7-	_     	 								 	-11 	
8-	_   _	i										
9-	_ _	I									_	
10-  _	_	I								_	_	
	_	!									_	
12-	_	<u> </u>								_	<u>-ll</u>	
Dados da autorização	e- b	40. 0: !	Diásia : A :		Tia · ·	A !:	2	7				
39 - Data provável da Admiss	ao hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto <b>1</b>	orizadas 41	I - Tipo de i	Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital											11	44 - Código CNES
08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 6074502												
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 30/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED PORTO ALEGRE COOP ERATIVA MEDICA LTDA												
46 - Data da Solicitação	47 - As	sinatura d	o Profission	al Solicitante	48 - Assin	atura do B	eneficiário ou F	Responsáv	rel 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização



## Unimed A

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada	92376801 4 - Sen	nha	92376801	5 - Data da Autorização 30/08/2023 11:11	6 - Número da Guia atribuído	o pela Operadora <b>92376801</b>
Dados do Beneficiário		32370001		32370001	30/00/2023 11:11		32370001
7 - Número da Carteira	29 - Nome So	cial					
182083147000283							
8 - Nome							
	A FRONTELI GOULART						
Dados do Profissional Solid			10 - Telefone				
9 - Nome do profissional solici			1	1 - E-mail			
MARCO MAKOTO INA	GAKI						
Dados da cirurgia  12 - Justificativa técnica							
PACIENTE COM HALUX V M201 HALLUX VALGO AUTORIZADO CONFORMI	_	aO INTERFALOĀNGIC	CA DISTAL E ARTROSE METATARSO-FAL	GÄNGICA EM PRIME	IRO RAIO DE PE ESQUERDO		
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I					e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- <b>00 70888000</b> <b>80083650038</b>		erência do material no fat MPLANTAVEIS - 013	a1202-030 - FIO DE KIRSCHNER COM	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_  1	,
2- <b>00</b>			ERSALOCK BLOQUEADO DE ANGU IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _     1		_  1	_ _ , _
3-   _						_	
	_!_!_!_!_!_				-		,
					_ _ _ _ _ _	   <sub></sub>	_ _ , _
_ _  6-   _    _ _  					-	 _	_ _ , _
I—I—I—I—I—I—I—I—I 24 - Especificação do Materia			I—I—I—I—I—I—I—I	ı—l—l—l—l—l		II	
21 Especificação do Indiona							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		ORIZADO CONFORM	IE UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular	": UNIMED PORTO A	LEGRE COOPERATIVA MEDICA	LTDA	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicit	tante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização		