

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91013376

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído _I	pela Opera	adora									
343269							9101	3376					
4 - Data da Autorização	5 - Senha	ı		6 - Data de V	/alidade da	Senha							
28/04/2023 16	:04	91	013376		02/	07/2023							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carte	eira	9 - /	Atendimento	de RN					
9750000016942151			31/0	7/2023			N						
50 - Nome Social													
10 - Nome													
IVONEIDE DE OLIVEI	RA ARAUJO												
Dados do Contratado Soli	citante												
12 - Código na Operadora		13 - N	Nome do C	ontratado									
10.246.214/0001-04		UNIC	ORT E C	RTOPEDIA	ESPECIA	ALIZADA	LTDA						
14 - Nome do Profissional So	olicitante					15 - Conse	lho Profissio	onal	16 - Número do Cor	selho	17 - UF	18 - Código CBO	
MARCO MAKOTO INA	AGAKI					06			28767		41	225270	
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dad	dos da Inte	ernação		•								
19 - Código na Operadora / 0	CNPJ	20 - Nome	do Hospit	al / Local Solici	itado					21 - Data	sugerida p	para Internação	
10.246.214/0001-04		UNIORT	E ORT	OPEDIA ES	PECIALIZ	ZADA LTI	DA		09		9/05/2023 00:00		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regin	ne de Internação	25 - Q	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OPM	E 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico	
1	c			1		1			S			N	
28 - Indicação Clínica							-						
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID	10(2) (opcio	onal) 3	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID ²	10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de Aci	dente (a		doença relacionada)	
											9		
Procedimentos ou Itens As			Di							07	044- 0-1	in 20 Otale Aut	
34 - Tabela 35 - Código (1 - 22 30731119	do Procedimento		Descrição	TIA / ENXER	TO DE TE	FNDAO - '	TRATAME	NTO C	CIRURGICO	3/ 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1	
2- 22 30734045			_	-	_	_			O E OU PLASTIA	=		1	
3- 22 30734053									E LIGAMENTO - I	•		1	
4- 18 60000805		DIA	RIA DE	QUARTO C	OLETIVO	DE 2 LEI	гоѕ сом	BANH	IEIRO PRIVATIVO) 1		1	
5- 18 60024151		ALU	JGUELT	AXA DE AP	ARELHO /	/ EQUIPAI	MENTO P	ARA A	RTROSCOPIA PA	AR 1		1	
6-	_ _ _ _	J									_		
7- _	_ _ _ _	! —								— <u> </u>	-		
8-	_ _ _ _										-		
9-	_ _ _ _										_		
10-	 	-! 									- 	 	
12-	 	-! 								- - 	-!!! 	 	
											-11	III	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada													
39 - Data provavei da Adrilis	sao nospitalai	40 - Qide i	Diarias Au 1	11	1	Acomodaç	ao autonzao	ia					
42 - Código na Operadora /	CNP Lautorizado	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \										44 - Código CNES	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA										ŀ	6528104		
45 - Observação / Justificativa													
Telefone Contratado: (43)		nitido em 2	28/04/202	3 /AUTORIZA	DO CONF	ORME UNI	MED DE O	RIGEN	1 / Empresa / Titular	: UNIME	D DO ES	TADO DO PARAN	
Α													
46. Data da Caliaitacão	11 47 A	noinoture d	o Drofins!-	nal Caliaitant	1 40 A:	noturo de D	onoficiária -	u Door -	naával 140 Again	oturo d-	Doonons fo		



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenci	iada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		91013376		91013376	28/04/2023 16:04	91013376		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
9750000016942151								
8 - Nome								
IVONEIDE DE OLIVEIR	A ARAUJO							
Dados do Profissional Solici	itante							
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	- E-mail			
MARCO MAKOTO INA	GAKI							
Dados da cirurgia								
	E OSTEOCONDRAIS EM TO DS NIVEL TORNOZELO E F E UNIMED DE ORIGEM							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		escrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do materi		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 00590045 80777280006	LAM	INA PARA SHAVER SETO	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ ,	_ 2 _ _ , _		
2- 03032256	INSE		IZACAO 90 GRAUS 150MM 11010021					
80044680442	INOL		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		_		
3- 00 71502661	ANC		RKNOTTM - 912068 ANCORA FLEXIVEL J	2		_ 2		
80044680086			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. <u></u> _ _ _ _				
4- _					_	_		
	_ _ _		_ _ _		_ _ _ _	_ _		
5- _					_	_		
					_			
6-	_ _ _				_			
					_ _ _ _			
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/04/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	fissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	-		