

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95471377

(Via HOSPITAL)

343269	1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora											
14/06/2024 15:52 95471377 13/08/2024	1 - 11	o manie	oro da Cala 7 til	iouido pola Opola	idora		9547	1377				
Part	4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Vali	dade da Senha						
8 - Visitable de Carteira 1 - Visitable de Carteira	14/06/2024 15:52		95471377	95471377 13		· I						
10-Normal 10-												
10 - Norme 10	†			11				de RN				
10 - Name				01/10	0/2024							1
Dudos do Contratado Solicidana	50 - Nome Social											
Dados do Contratado Solicitante 12: Codigo na Operadora 12: Codigo na Operadora 12: Codigo na Operadora 13: Nome do Contratado 14: Nome do Portinacional Solicitante 14: Nome do Portinacional Solicitante 15: Correction Perificacional 16: Nome do Portinacional 17: UF 16: Codigo CBO 18: Operadora (CRP2) 18: Operadora (CRP2	10 - Nome											
13 - Cold properties												
10.246.214/0001-04												
15 - Consettino Professional Solicitante 16 - Número do Consettino 17 - UF 23237 18 - Código CBO 23237 18 - Número do Consettino 17 - UF 223237 18 - Código na Operadora / CNP3 10.246.214/0001-04 20 - Número do Hospital / Local Solicitado 20 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Culminoteria plos 27 - Previsão de uso de Culminoteria plos 28 - Número do Hospital / Local Solicitado 28 - Previsão de Acidente do Gença relacionado 28 - Número do Hospital / Local Solicitado 28 - Previsão de Acidente do Gença relacionado 28 - Número do Hospital / Local Solicitado 28 - Previsão de Acidente do Gença relacionado 28 - Número do Hospital / Local Solicitado 28 - Previsão de Acidente do Gença relacionado 28 - Número do Hospital / Local Solicitado 28 - Previsão de Acidente do Gença relacionado 28 - Número do Hospital / Local Solicitado 28 - Previsão de Acidente do Gença relacionado 28 - Número do Hospital / Local Solicitado 28 - Previsão de Acidente do Gença relacionado 28 - Número do Hospital / Local Solicitado 28 - Previsão de Acidente do Gença relacionado 28 - Número do Hospital / Local Solicitado 28 - Previsão de Acidente do Gença do		1		1		SDECIAL IZAD	A I TDA					
Dades de Nespital / Local Solicitado / Dados da Internação 10.246,214/0001-04 10.25270 10.246,214/0001-04 10.25270 10.246,214/0001-04 10.25270 10.246,214/0001-04 10.25270 10.246,214/0001-04 10.25270 10.246,214/0001-04 10.25270 10.246,214/0001-04 10.25270 10.246,214/0001-04 10.25270 10.246,214/0001-04 10.25270 10.246,214/0001-04 10.25270 10.246,214/0001-04 10.25270 10.		Solicitor	nte	UNIORIEC	KIOPEDIA E			nal II	16 - Número do Co	nealha	17 - HE	18 - Código CBO
Datios do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadom / CNPJ 19 - Código na Operadom / CNPJ 19 - Código na Operadom / CNPJ 20 - Carridor do Atendrimento 21 - Topo de Internação 22 - Carridor do Atendrimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regimo de Internação 25 - Orde. Diárea Solicitados 26 - Orde. Diárea Solicitados 27 - Provisão de uso de OPME 28 - Provisão de uso de OPME 29 - CID 10 Principal (opcional) 29 - CID 10 Principal (opcional) 20 - CID 10 Principal (o	†			1		t i	Sellio Fiolissi	11		niseirio	11 1	1 1
27 - Notes sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 27 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 27 - Data sugerida para Internação 10.266.214/0001-04 27 - Porte sugerida para Internação 10.266.204.01.014/0001-04 27 - Porte sugerida para Internação 10.266.204.01.014/0001-04 27 - Porte sugerida para Internação 12 - Po												
22 - Ciprior do Atendimento 2 Trans de Internação 23 - Tipo de Internação 25 - Ciprio 19 Priorigal (opcional) 23 - Tipo de Internação 25 - Ciprio 19 Priorigal (opcional) 23 - Tipo de Internação 25 - Ciprio 19 Priorigal (opcional) 23 - Tipo de Internação 25 - Ciprio 19 Priorigal (opcional) 23 - Tipo de Internação 25 - Ciprio 19 Priorigal (opcional) 26 - Priorigal (opcional) 27 - Priorigal de Uso de OPME 28 - Priorigal de Uso de OPME 27 - Priorigal de Uso de OPME 28 - Priorigal de Uso de OPME 28 - Priorigal de Uso de OPME 27 - Priorigal de Uso de OPME 28 - Priorigal de Uso de OPME 27 - Priorigal de Uso de OPME 28 - Priorigal de Us				-	al / Local Solicitad	lo				21 - Data	sugerida p	ara Internação
28 - Indicação Clínica TRAUMA EM MEDIOPE 29 - CID 10 Principal (opcional) 20 - CID 10 Principal (opcional) 21 - CID 10 Principal (opcional) 22 - CID 10 Principal (opcional) 23 - CID 10 Principal (opcional) 24 - Cidigo na Operadora / CINPJ autorizado UNIONT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 23 - CID 10 Principal (opcional) 24 - Cid 10 Principal (opcional) 25 - CID 10 Principal (opcional) 26 - CID 10 Principal (opcional) 27 - Cid 10 Principal (opcional) 28 - CID 10 Principal (opcional) 29 - CID 10 Principal (opcional) 20 - Cid 10 Principal (opcional) 27 - Cid 10 Principal (opcional) 28 - CID 10 Principal (opcional) 29 - CID 10 Principal (opcional) 20 - Cid 10 Prin	10.246.214/0001-04		UN	IIORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L	TDA			18/06/2	024 00:0	0
28 - Indicação Clínica TRAUMA EM MEDIOPE 29 - CID 10 Principal (opcional) S930 S930 S930 S930 S930 S930 S930 S930		23 -	•	ção 24 - Regim	•	11	s Solicitadas	26 - Pre		ИЕ 27 - F	Previsão de	·
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente cu documento (opcional) 33 - Tabela 35 - Código de Procedimento 36 - Descrição 36 - Octopa de Procedimento 37 - Octopa de Procedimento 36 - Descrição 38 - Código de Procedimento 37 - Octopa de Procedimento 36 - Descrição 38 - Octopa de Procedimento 37 - Octopa de Procedimento 37 - Octopa de Procedimento 38 - Descrição 38 - Octopa de Procedimento 1 1 1 1 1 1 1 1 1			С		1	1			S			N
S930		=										
S930												
S930												
S930	•											•
S930	-											
S930												
S930	4											
S930												
S930												
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30728142 LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAME 1 1 1 1 1 1 1 1 1		ional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 - CI	0 10(4) (opcio	nal) 3	33 - Indicação de A	cidente (ad	cidente ou c	loença relacionada)
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30728142 LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAME 1 1 1 1 1 1 1 1 1	S930		S930								9	
1 22 30728142 LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAME 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										07	011-01	00 001 4
2 18 6000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 3			ocedimento	,	SAMENTARES	AGUDAS AO	NIVEL DO 1	ORNO	ZELO - TRATAI		- Qtde. Soli	
4-												
5-	3- _	_ _								_	_	
6-	4- _	_ _	_							_	_	
7-		-	_ _ _								-	<u> </u>
8-		_ _	_ 								-	
9-		_ _	 							 	- 	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 1		_								i_	-11 -	
12-		_	 _									
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 1	11-	_ii								i_		iii
39 - Data provável da Admissão hospitalar do - Qtde Diárias Autorizadas 1 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104	12-	_ _								_	_	_ _ _
1 1 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104	Dados da autorização											
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104	39 - Data provável da Adr	nissão ho	ospitalar 40		11	- Tipo de Acomod	ação autorizad	la				
JL	42 - Código na Operadora	ı / CNPJ	autorizado	43 - Nome do H	ospital / Local Aut							44 - Código CNES
45 - Ubservação / Justificativa				UNIORT E C	RTOPEDIA E	SPECIALIZAD	A LTDA					6528104
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/06/2024 / Empresa / Titular: ASSOC PARANAENSE DE ADMINISTRADORES ESCOLARES APADE SUB SEDE LO NDRINA												
	46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário o	u Respor	nsável 49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização
	46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário o	u Respor	nsável 49 - Ass	natura do	Responsáv	el pela Autorização



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2 - Nº Guia no Prestador 95471377 MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed A

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referer	giciada 95471377	4 - Senha	95471377	5 - Data da Autorização 14/06/2024 15:52	· II		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000042194388								
8 - Nome	·							
JULIA DOMINGUES DE	LIMA XAVIER							
Dados do Profissional Solici	tante							
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	11	- E-mail			
JOSE EVERALDO PED	ROLLO FILHO							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica TRAUMA EM MEDIOPE ES TRAUMA EM MEDIOPE	QUERDO RM E RX CON	IFIRMAR LESAO LIGAMENT	AR COM INSUFICIÊNCIA ARTICULAR					
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	0 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate1- 00 03086500		22 - Referência do mater	ial no fabricante ESMOSE TOGGLELOC ZIPTIGHT 904	23 - Nº Autorização 759 I I 1	de Funcionamento	_ 1	,	
80044680067	Dio		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT		_ - - - - - - - - - - - - - - - - -	_ '		
2-		Alternations Comments	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		_ _	_	,	
			_ _ _		 _			
3	_ _ _			_ _	_	_	_ ,	
	_ _ _		_ _ _ _	_	_	_ _		
4- _	_ _ _				_	_ _	_ ,	
				_	_ _ _ _			
2-	_				_	_	,	
6-		IIIIII				 -	_ _ ,	
	_ 					-ı ı—ı—ı—ı _ _	11117111	
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa	770 0000 / F			20050 50001 1250 1255	NUD OEDE LONGS"			
Telefone Contratado: (43)33	372-0900 / Emitido em 14/	06/2024 / Empresa / Titular: /	ASSOC PARANAENSE DE ADMINISTRA	DORES ESCOLARES APADE S	SUB SEDE LONDRINA			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			