

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93768879

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da G	uia Atribuído	o pela Operado	ora												
343269					9376	8879									
4 - Data da Autorização 17/01/2024 11:45		3768879	6 - Data de Vali	dade da Senha 29/03/20	1										
Dados do Beneficiário															
7 - Número da Carteira		8 - Valid	lade da Carteira	l	9 - Atendimento	de RN									
8650002156928305					N										
50 - Nome Social															
10 - Nome MARIA EDUARDA MATOS WAS	EM														
Dados do Contratado Solicitante															
12 - Código na Operadora	13 -	Nome do Con	tratado												
78.613.841/0001-61	AS	SOCIACAC	EVANGEL	ICA BENEF	ICENTE DE L	ONDRI	NA								
14 - Nome do Profissional Solicitante				15 - 0	Conselho Profissi	onal	16 - Número do Co	nselho 17	UF 18 - Código CBO						
ADRIANA PRUETER PAZIN				06			14166	41	225270						
Dados do Hospital / Local Solicitado / D	ados da In	iternação													
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nom	ne do Hospital	/ Local Solicitad	lo					rida para Internação						
78.613.841/0001-61	ASSOC	CIACAO EV	ANGELICA	BENEFICE	NTE DE LONI	DRINA		24/01/2024	00:00						
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de		24 - Regime	de Internação	25 - Qtde. Di	árias Solicitadas	26 - Pre	visão de uso de OPN S	ME 27 - Previsa	áo de uso de Quimioterápico N						
28 - Indicação Clínica															
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CI	D 10(2) (opc	cional) 31	- CID 10(3) (opo	cional) 32 -	CID 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A	cidente (acident	e ou doença relacionada)						
								9							
Procedimentos ou Itens Assistenciais S	olicitados														
34 - Tabela 35 - Código do Procedimer		- Descrição			(DED.)			37 - Qtd							
1- 22 30724198					(REDUCAO C	IRURGI	CA E OSTEOTO		1						
2- 22 30713072 RETIRADA DE ENXERTO OSSEO 1 1 1 3- 22 30724236 OSTEOTOMIAS AO NIVEL DO COLO OU REGIAO TROCANTERIANA (SUGIO 1 1															
4- 18 60000384					FEICAO CON		•	2	2						
5- 18 60001038	DI	ARIA DE U	TI ADULTO (GERAL				2	2						
6-	_ _								_						
7-	_ _							_	_						
8-	_ _								_						
9- _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _								_						
11-	_ _							- 							
12-															
Dados da autorização															
39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde	e Diárias Autor	izadas 41	- Tipo de Acom	nodação autorizad	la									
		2	12												
42 - Código na Operadora / CNPJ autoriza	ido 43 -	Nome do Hos	pital / Local Aut	orizado					44 - Código CNES						
1 1			•		ICENTE DE L	ONDRI	NA		GELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792						
45 - Observação / Justificativa															
Telefone Contratado: (43)3378-1000 /	Emitido em	n 17/01/2024 /	/AUTORIZADO	O CONFORME	UNIMED DE C	RIGEM	/ Empresa / Titul	lar: CENTRAL	NACIONAL UNIMED C						
	Emitido em	n 17/01/2024 /	/AUTORIZADO	O CONFORME	E UNIMED DE C	RIGEM	/ Empresa / Titul	lar: CENTRAL	NACIONAL UNIMED C						
Telefone Contratado: (43)3378-1000 /	Emitido em	n 17/01/2024 /	/AUTORIZADO	O CONFORME	E UNIMED DE C	RIGEM	/ Empresa / Titul	lar: CENTRAL	NACIONAL UNIMED C						



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 93768879	4 - Senha	93768879	5 - Data da Autorização 17/01/2024 11:45	6 - Número da Guia atribuíd	do pela Operadora 93768879
	93700079		93700079	17/01/2024 11.45	1	93700079
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
8650002156928305	29 - Nome Social					
8 - Nome						
MARIA EDUARDA MA	TOS WASEM					
Dados do Profissional Solid						
9 - Nome do profissional solic		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ADRIANA PRUETER P	AZIN					
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica						
INDICAÇAO CLINICA EM / INDICAÇAO CLINICA EM / AUTORIZADO CONFORM	ANEXO					
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 03093913		erial no fabricante CIAL PROXIMAL PASSO 90 GRAUS 03 FURO	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 1	,
81118460065		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>'</u>	<u> </u>		
2- 03027996		UAL STEP 3,5X16MM TI001.0135.016	10		_ 10	_ _ , _
81118460065	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		_,	
3- _	_ _ _			_ _ _ , _	_	_ _ , _
			_ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _	
4- _	_ _ _			_		_ _ , _
_ _ _ _ _				_ _ _ _	_ _	
5- .	_ _ _			_	_	,
 6-		_ _ _ _		-	_ _	,
° 111 - 11111- 					_	IIII'III
24 - Especificação do Materia			1-1-1-1-1-1			
25 - Observação / Justificativa			051170414146161			
Telefone Contratado: (43)3	3378-1000 / Emitido em 17/01/2024 /AUTORIZADO CC	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular:	CENTRAL NACION	AL UNIMED COOPERATIVA CE	VTRAL	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização		
	II.		- 11			