

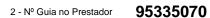
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95335070

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Gui	a Atribuído pela Op	peradora								
343269			9533	35070						
4 - Data da Autorização 5 - Senh	a	6 - Data de Validad	e da Senha							
03/06/2024 16:49	9533507	70	23/08/2024							
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira	8 -	Validade da Carteira	9 - Atendiment	o de RN						
0970000126131729			N							
50 - Nome Social										
10 - Nome										
APARECIDA DE JESUS ALMEIDA GOMES										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora	11	o Contratado								
10.246.214/0001-04	UNIORT	ORTOPEDIA ESP	ECIALIZADA LTDA							
14 - Nome do Profissional Solicitante	DEIDA MADEIN	10	15 - Conselho Profissi	11						
CESAR EDUARDO CASTRO FERI			06	22343	41 225270					
Dados do Hospital / Local Solicitado / Da										
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04	t	spital / Local Solicitado RTOPEDIA ESPECIA	11 17 4 D 4 1 T D 4		21 - Data sugerida para Internação 10/06/2024 00:00					
	<u></u>			loo Barria a da con da OB						
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de In	ternação 24 - Re	egime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OP	ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico					
28 - Indicação Clínica		•	'							
HALLUX VALGUS UM PE										
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID	10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opciona	al) 32 - CID 10(4) (opcio	nal) 33 - Indicação de A	cidente (acidente ou doença relacionada)					
					9					
Procedimentos ou Itens Assistenciais So	licitados									
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento					37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.					
1- 22 30731216	_		E 1 TENDAO - TRATAN		2 2					
2- 22										
4- 18 60000384			E COM REFEICAO COM		1 1					
5- 18 60000805				I BANHEIRO PRIVATIV						
6-										
7-	_i				_ _					
8-	_l									
9- _ _ _ _ _ _ _	_l									
10-					_ _					
11-1	-!									
12-										
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias	11	po de Acomodação autorizado	da						
	1	1								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizad	11	o Hospital / Local Autoriza			44 - Código CNES					
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104										
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/06/2024 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORÁVEL AO OPME FRESA CIRUR										
GICA PE SHS65H - SEM COBERTURA										
46 - Data da Solicitação 47 - A	ssinatura do Profis	sional Solicitante 48 -	· Assinatura do Beneficiário o	ou Responsável II 49 - Ass	inatura do Responsável pela Autorização					





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 pel	la Operadora				
343269	95335070		95335070	03/06/2024 16:49		95335070				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social									
0970000126131729										
8 - Nome										
APARECIDA DE JESUS ALMEIDA GOMES										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solici		10 - Telefone	11	1 - E-mail						
CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS										
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica HALLUX VALGUS (UM PE) HALLUX VALGUS UM PE HALLUX VALGUS UM PE AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORÁVEL AO OPME FRESA CIRURGICA PE SHS65H - SEM COBERTURA - Pedido parcialmente autorizado										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - 1	Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento						
1- 00 00193178 FIO KIRSCHNER 0,8X300MM 40012300 10223680050		40012300080	_	_	_ 4 _	_ ,				
2- 00 102414920	PARAFUSO CANULADO - MI	M-210.20 PARAFUSO CANULADO CONICO 2	2		2	_ ,				
82526010008	ORTOPAR LTDA		 			-111/111				
3-				_		_ _ _ ,				
	_ _ _				_					
4-				_	_	_ ,				
					_					
					_	_ ,				
					 -	_ ,				
				 		-111/111				
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/06/2024 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORÁVEL AO OPME FRESA CIRURGICA PE SHS65H - SEM COBERTURA - Pedido parcialmente autorizad o / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização						