

89253251

(Via HOSPITAL)



_|/|__|_|/|_

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 89253251 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 10/11/2022 18:33 89253251 29/01/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 8650002162716004 28/02/2023 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde **VERA LUCIA FARIA DE OLIVE** Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 18 - Código CBO 17 - UF **CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS** 06 22343 225270 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida pata Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14/11/2022 00:00 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 22 - Caráter de Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 2 S 1 1 Ν 28 - Indicação Clínica DEFORMIDADE DE PÉ 29-CID10 Principal (opcional) 30-CID10(2) (opcional) 31-CID10(3) (opcional) 32-CID10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 34 - Tabela 36 - Descrição 1- 22 30731224 TRANSPOSICAO UNICA DE TENDAO 2 2 2- 22 30729181 HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO 2 2 3- **22** 30729203 OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT 4 4 4- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 5- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 12-Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 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 45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 06827478904 em 10/11/2022 /CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO. REFERENTE AO P ROCEDIMENTO 30729203 OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE SOLICITADO AS DEMAIS QUANTIDADES NO COMPLEMENTO 89455059 / Empresa / Titular: CENT RAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização





GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 - Nº Guia no Prestador DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação				4 - Data da Autorização 01/12/2022 10:19					
5 - Senha			1[4	6 - Número da Guia a	tribuido pela Operado					
3 - Serma		89	455059	o - Numero da Guia a	inbuldo pela Operadol				89455059	
Dados do Beneficiário										
7 - Numero da Carteira 8 - Nome VERA LUCIA FARIA				E OLIVE						
Dados do Contratado Solicitant	te									
9 - Código na Operadora 10 - Nome do Contratado										
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA										
11 - Nome do Profissional Solid	citante	<u> </u>		12 - Cons	elho Profissional	13 - Número do	Conselho	14 - UF	15 - Código CBO	
CESAR EDUARDO CA	STRO FERREII	RA MARTINS		06		22343		41	225270	
Dados da Internação								J		
16 - Qtde. diárias Adicionais So	olicitadas 17 -Tipo	da acomodação solicitada								
0		1								
Procedimentos ou Itens Assiste	enciais Adicionais Soli	icitados								
19 - Tabela 20 - Código do 1- 22 30729203 2-	enciais Adicionais Soli o Procedimento	citados 21 - Descrição OSTEOTOMIA OU	PSEUDAR	TROSE DOS M	ETATARSOS/F <i>i</i>	ALANGES -			olic. 23 - Qtde. Aut 4 1	
19 - Tabela 20 - Código de 1- 22 30729203 2-	o Procedimento	21 - Descrição OSTEOTOMIA OU	PSEUDAR	TROSE DOS M	ETATARSOS/FA	ALANGES -				
19 - Tabela 20 - Código do 1- 22 30729203 2-	o Procedimento	21 - Descrição	PSEUDAR	TROSE DOS M	ETATARSOS/F	ALANGES -				
19 - Tabela 20 - Código do 1- 22 30729203 2-	o Procedimento I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	21 - Descrição OSTEOTOMIA OU da Acomodação Autorizada					TRAT 4		4 	



89253251

Unimed 11 Londrina

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	a l	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora					
343269		89253251		89253251	10/11/2022 18:33	89253251					
Dados do Beneficiário											
7 - Numero da Carteira		8 - Nome									
8650002162716004 VERA LUCIA FARIA DE OLIVE											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	11	I - E-mail						
CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS											
Dados da cirurgia				,							
12 - Justificativa técnica SEGUE PEDIDO MEDICO DEFORMIDADE DE PÉ CONFORME PARECER D		JTORIZADO. REFERENTE :	AO PROCEDIMENTO 30729203 OSTEOTOMIA OU PSE	:UDARTROSE S	OLICITADO AS DEMAIS QUANT	FIDADES NO COMPLEMENTO 89455059					
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do Ito	nm 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - 0	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	licitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado					
21 - Registro ANVISA do materi		Descrição	22 - Referência do material no fal			23 - Nº Autorização de Funcionamento					
1- 78820596	LAI	MINA DE SERRA ESTER	RIL - 1001-E001-011	<u> _ </u> 1	ا,اا,ا	1 1					
80407790006		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORT	 							
2- 75607298	ΡΔΙ		SSAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES FI								
81118460005			CIO DE IMPLANTESORT	· <u> </u>	 						
3- 00 00947210	ΡΔΙ		O SNAP 2,0X11MM P01.020.011	 							
10314800071	I A		CIO DE IMPLANTESORT		IIIII						
4- 00 00193178	FIO	KIRSCHNER 0,8X300M	1-1-1-1-1-1-1-1	 							
10223680050	FIO	KIRSCHINER U,OASUUW	IWI 40012300000								
5- _				- .	:						
_ _ _ _ _ _ _ _ _	-										
6- _	_ _ _ _ _ _			-	,						
	_										
24 - Especificação do material											
25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 06827478904 em 10/11/2022 /CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO. REFERENTE AO P ROCEDIMENTO 30729203 OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE SOLICITADO AS DEMAIS QUANTIDADES NO COMPLEMENTO 89455059 / Empresa / Titular: CENT RAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	fissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização						
_/ /	.										