

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95613724 (Via HOSPITAL)

		l.										
1 - Registro ANS 3 - 343269	Número da Gui	ia Atribuído	pela Oper	radora			9561:	2724				
4 - Data da Autorização	5 - Senh	na		6 - Data de V	/alidade da 9	Senha	9301.	3/24				
27/06/2024 09	11		5613724	11		08/2024						
Dados do Beneficiário				'								
7 - Número da Carteira			8 - V	alidade da Carte	eira	9 -	Atendimento	de RN				
0970000007873470							N		<u></u>			
50 - Nome Social												
10 - Nome												
IZABEL IOARE TSUZI	JKI											
Dados do Contratado Solid	citante											
12 - Código na Operadora		11		Contratado								
10.246.214/0001-04		UN	IORT E	ORTOPEDIA	ESPECIA					selho 17 - UF		
14 - Nome do Profissional So CARLOS EDUARDO							15 - Conselho Profissional		16 - Número do Conselho 21679		18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Da	ados da In	ternação									
19 - Código na Operadora / 0	CNPJ	1	•	ital / Local Solici					11	21 - Data sugerida	-	
10.246.214/0001-04		UNIOR	T E ORT	OPEDIA ES	A ESPECIALIZADA LTDA				[:	28/06/2024 00	24 00:00	
22 - Caráter do Atendimento 2	23 - Tipo de In	nternação	24 - Regi	me de Internação 1	25 - Qt	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Previs	são de uso de OPME S	27 - Previsão d	e uso de Quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica			L									
20. CID 40 Dringing Langing	al) I 20 CID	10(2) (opc	sianal) [31 - CID 10(3) (ensional)		10/4) (ancion	220	Indiagaña da Asi	dente (ecidente e	, doonoo rolosionodo)	
29 - CID 10 Principal (opcion \$525	S525	10(2) (opc	cionai)	31 - CID 10(3) (opcionai)	32 - CID	10(4) (opcion	iai) 33	- indicação de Acid	gente (acidente ot 9	ı doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens As	ssistenciais Sc	olicitados										
_	do Procediment		- Descrição							37 - Qtde. S	olic. 38 - Qtde. Aut.	
1- 22 30720095 2- 18 60000384				ACOMPANH	-				EPIFISARIO CO	OT 1 1	1 1	
3- 18 60000805									RO PRIVATIVO		1	
4- _	_ _ _ _											
5-	_ _ _ _	_! _								_ _ _		
6-	_ 	_ 								 	_ 	
⁷⁻												
9-	_ _ _ _									_	_ _ _	
10-	_ _ _ _									_ _ _		
11- 12- 11- 12-	_ 	- 								 	_ 	
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Au	utorizadas	41 - Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	a				
1				1								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Loc										44 - Código CNES		
					IA ESPECIALIZADA LTDA 6528					6528104		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA C												
OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO												
46. Data da Calicitação								_				



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

Unimed A

	_					
	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	pela Operadora
343269	95613724		95613724	27/06/2024 09:06		95613724
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0970000007873470						
8 - Nome						
IZABEL IOARE TSUZU	KI					
Dados do Profissional Solici	tante					
9 - Nome do profissional solicit	ante	10 - Telefone	11	- E-mail		
CARLOS EDUARDO M	OTOOKA					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica FRATURA PUNHO RADIO FRATURA PUNHO AUTORIZADO CONFORME						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do N				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 74895087		1 - 131861040A - PLACA DVR CROSSLOCK	1		_ 1	_,
80044680244		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 74894404		2 - 131227114 - PARAFUSO LOCKING CORTI	_ 8		_ 8	_,
80044680244		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. _ _ _ _			
3- 74895117		2 - 131227216 - PARAFUSO SEM BLOQUEIO	<u> </u>		_ 2	_,
80044680244	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- _				_	-	_ _ , _
		_	. -	_!	_	
5- _				_	-	_,
				_ _ _ _	_	
6-				_	_	,
24 - Especificação do Material						
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
	372-0900 / Emitido em 27/06/2024 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titula	ar: UNIMED REGIONAL	MARINGA COOPERATIVA DE	TRABALHO MEDICO	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		