

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93560020

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 | - Número da Gui | a Atribuído | pela Opera | dora | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------|--------------------------------------|
| 343269 | | | | | | | 9356002 | 20 | | | | |
| 4 - Data da Autorização 20/12/2023 12:23 5 - Senha 93560020 6 - Data d | | | | 6 - Data de Valid | | enha 2/2024 | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | | 8 - Val | dade da Carteira | | 9 - / | Atendimento de | RN | | | | |
| 0320000061806005 | | | | | | | N | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome FATIMA REGINA ODA DA SILVA | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado So | icitante | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora | | 11 | Nome do Co | | | | | | | | | |
| 78.614.971/0001-19 | | IRM | ANDADE | DA SANTA (| | | | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante DANILO CANESIN DAL MOLIN | | | | | - 11 | 15 - Conselho Profissional 16 - Número do 24619 | | | Número do Co 19 | onselho | 17 - UF 41 | 18 - Código CBO 225270 |
| Dados do Hospital / Loca | I Solicitado / Da | dos da Inte | ernação | | | | | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / | CNPJ | t | | I / Local Solicitade | | ONDDIN | ^ | | | | | ara Internação |
| 78.614.971/0001-19 | 7/ | | | | | | | | | <u> </u> | 024 00:0 | |
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | 23 - Tipo de In | ternação | 24 - Regime | e de Internação 1 | 25 - Qto | de. Diárias S 1 | Solicitadas 26 | - Previsão | de uso de OPN | ИЕ 27 - Р | revisão de u | uso de Quimioterápico |
| 28 - Indicação Clínica NOVA QUEDA LESÃO N | IANCHITO LEG | NA LARR | Δ1 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (| | | opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) | | | 32 - CID 10(4) (opcional) | | 33 - Ir | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relaci 9 | | | oença relacionada) |
| Procedimentos ou Itens A | ssistenciais So | licitados | | | , | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30735068 2- 22 30735084 3- 22 30735041 4- 18 60000384 5- 18 60000805 6- 18 60024151 7- | | RU RE LES DIA DIA | SSECCAO SAO LAB ARIA DE A ARIA DE O UGUELTA | O MANGUITO D LATERAL D. RAL - PROCE COMPANHAN QUARTO COL XA DE APAR | A CLAVI DIMENT NTE COM ETIVO DE ELHO / I | ICULA - O VIDEO M REFEIO DE 2 LEIT EQUIPAI | PROCEDIME DARTROSCO CAO COMPL TOS COM BA MENTO PARA | NTO VID PICO DE ETA NHEIRO A ARTRO | DEOARTRO E OMBRO DERIVATIV DSCOPIA P | OP 1 SC 1 1 1 0 1 | - Qtde. Soli | c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1 |
| 39 - Data provável da Admi | ssão hospitalar | 40 - Qtde | Diárias Auto | orizadas 41 | - Tipo de / | Acomodaçã | ão autorizada | | | | | |
| 42 Cádigo no Operadoro | / CND Loutorized | 142.1 | 1 | 1 | orizo do | | | | | | 10 | 44 Cádigo CNES |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.614.971/0001-19 43 - Nome do Hospital / Local IRMANDADE DA SANT | | | | • | | E LOND | RINA | | | | | 44 - Código CNES 2580055 |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 20/12/2023 / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | | | | | | | | |
| 46 - Data da Solicitação | 47 - A | ssinatura d | lo Profission | al Solicitante | 48 - Assin | atura do Be | eneficiário ou Re | esponsáve | I 49 - Assi | natura do | Responsávo | el pela Autorização |



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

Unimed #

| 1 - Registro ANS | † † | | 4 - Senha | | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|--|--|--|--|
| 343269 | | 93560020 | | 93560020 | 20/12/2023 12:23 | | 93560020 | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | | | | | | |
| 0320000061806005 | | | | | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | | | | | |
| FATIMA REGINA ODA | DA SILVA | | | | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solicitante | | | | | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solic | itante | | 10 - Telefone | 11 | - E-mail | | | | | | |
| DANILO CANESIN DAI | L MOLIN | | | | | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica | ~ | | | | | | | | | | |
| NOVA QUEDA; LESÃO MA NOVA QUEDA LESÃO MA | | | | | | | | | | | |
| NOVA QUEDA LESAO IVIA | NGUITO LESAO LABRAL | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do l | | Descrição | | | . Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | itado 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitário Autorizado | | | | |
| 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no | | | | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento | | | | | | |
| 1- 00241202 TROCATER ARTROSCOPICO 8 | | | • | _ 1 | | _ 1 | , | | | | |
| 80371250020 | | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | | | | | |
| 2- 71502661 ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKN | | | ERKNOTTM - 912068 ANCORA FLEXIVEL J CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ 4 | | _ 4 | _ , | | | | |
| | | | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ | 1 4 | | | | | |
| 3- 00 | CA | | PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | _ 1 | _ , | | | | |
| | CA | | | _ _ _ - 2 | _ | | | | | | |
| 4- 00 100066879 81288540024 | CA | | .RT HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | · _ 2 | | _ 2 | _ , | | | | |
| 5- | | AKTIKOW COWLKC | DIO DE IMIFEANTESONTOFEDICOSETDA | | | 1 1 1 1 1 | , | | | | |
| | | | | - - | _ | _ | | | | | |
| | | IIIIII | | | _!!!!! | _ | , | | | | |
| | | 111111 | | - I—I I—I—I— I I I I I I | _ | -I | | | | | |
| 24 - Especificação do Materia | III | | | <u> </u> | | | | | | | |
| 24 - Especificação do Materia | I | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 25 Observação / Justificativa | <u> </u> | | | | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 20/12/2023 / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pr | ofissional Solicitante | | 28 - Assinatura do | Responsável pela Autorização | | | | | | |
| | II. | | | 11 | | | | | | | |