

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95448891

(Via HOSPITAL)

1 " 11	3 - Número da	Guia Atribu	ído pela Opera	dora								
343269							9544	8891				
4 - Data da Autorização 13/06/2024	4.1	enha	95448891	6 - Data de Valid		enha 08/2024						
Dados do Beneficiário	00.00		00110001			0,202						
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carteira		9 -	Atendimento	de RN				
0050000054414434			01/10		N							
50 - Nome Social												
10 - Nome												
MARLETE APAREC	IDA MILAN	II										
Dados do Contratado S	olicitante											
12 - Código na Operadora	l	11	3 - Nome do Co									
10.246.214/0001-04		U	INIORT E O	RTOPEDIA ES							1	
14 - Nome do Profissional RAFAEL MAURICIO		0			†			16 - Número do Conselho 28806		17 - UF 41	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Loc			Internação									
19 - Código na Operadora			•	I / Local Solicitado	0					21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UNIO	RT E ORTO	PEDIA ESPE	CIALIZ	ADA LT	DA			30/06/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo d	de Internação C	24 - Regime	e de Internação 1	25 - Qto	de. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OP	ME 27 - I	Previsão de u	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica HALLUX RIGIDUS												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionad 9			oença relacionada)
Procedimentos ou Itens	Assistenciais	Solicitados	L S									
34 - Tabela 35 - Códig 1- 22 3072918 2- 22 3073112 4- 18 6000080 5-	31 93 27	 	OSTEOTOM TENOPLAST DIARIA DE	TIA DE TENDA QUARTO COL	ARTROS	SE DOS UTRAS DE 2 LEI	METATAF REGIOES TOS COM	BANH	FALANGES - TR	1 AT 1 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
Dodge de outerização	- -	_ -								l_	_1	III
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1												
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Cód							44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 13/06/2024 / Empresa / Titular: ASSOC PARANAENSE DE ADMINISTRADORES ESCOLARES APADE SUB SEDE LO NDRINA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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 pela Operadora				
343269	95448891		95448891	13/06/2024 09:53		95448891		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
0050000054414434								
8 - Nome								
MARLETE APARECIDA	MILANI							
Dados do Profissional Solic	tante							
9 - Nome do profissional solici	ante	10 - Telefone	1	1 - E-mail				
RAFAEL MAURICIO BI	ELETATO							
Dados da cirurgia		·						
12 - Justificativa técnica								
HALLUX VALGUS HALLUX RIGIDUS								
TIMEEON RIGIDOO								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do N	Material 15 - Descrição		16 - Opcão 17 - Otde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Otde Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		erial no fabricante	23 - Nº Autorização		illado 15 - Qido. Adionzada	20 Valor Officiallo Actorizado		
1- 00 75607522	PARAFUSOS DE COMPRES	SAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES F	2	_ _ _ , _	_ 2	,		
81118460005	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
2-				_	_	,		
3-				_	_	,		
				_ _ _ _				
⁴⁻					_	_ _ , _		
	-				 	,		
					-ı ı—ı—ı—ı _ll	'		
6-					 _l	,		
					_ _			
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 13/06/2024 / Empresa / Titular: ASSOC PARANAENSE DE ADMINISTRADORES ESCOLARES APADE SUB SEDE LONDRINA								
Telefone Contratado. (45)0072-0300 / Effilido em 13/00/2024 / Emplesa / Titulai. A0000 FARANAENSE DE ADMINISTRADORES ESCOLARES APADE SUB SEDE LONDRINA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização				