

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90624688

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	- 11										
		5 - Senha		6 - Data de Valid	lada da Sanha	1	4000				
4 - Data da Autorização 5 - 27/03/2023 09:34		5 - Senna	90624688	6 - Data de Valid	03/06/2023						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carteira	9 -	Atendimento	de RN				
0970000009349574	1					N					
50 - Nome Social											
10 - Nome SHEILA CRISTINA	DE SO	UZA									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-04			13 - Nome do Co		SPECIALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profission			RA MARTINS		15 - Cons	nselho Profissional 16 - Número do Conselho 22343			17 - UF	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Lo][
19 - Código na Operado			- Nome do Hospita	al / Local Solicitado	0			1	21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		- 11			CIALIZADA LT	DA			1	2023 00:0	-
22 - Caráter do Atendimer	nto 23 -	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OP	ME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica COMPLEMENTO											
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(2	d) (opcional)	1 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou d	loença relacionada)
Procedimentos ou Iter	s Assiste	enciais Solicita									
	-	ocedimento	36 - Descrição	of FNVFDTO	2222					- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30713(2-									1 		
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada											
ээ - Data provavel da Ad	ariissao h	uspitalar 40	- Qtde Diarias Auto 0	orizadas 41 12		, ao autorizad	d				
42 - Código na Operado 10.246.214/0001-04		J autorizado	1	ospital / Local Auto	orizado SPECIALIZADA	LTDA	-				44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/03/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO											
46 - Data da Solicitação		47 - Assin	atura do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatura do I	Beneficiário o	u Respo	onsável 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização



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

2 - Nº Guia no Prestador **90624688**

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação 90416				4 - Data da Autori 27/03						
5 - Senha					Número da Guia Atribuido pela Operadora						
90624688				0 - Numero da	Cuia Atribuldo pela	Орстацога			90624688		
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 0970000009349574	ı		31 - Nome Social								
8 - Nome											
SHEILA CRISTINA DE SOUZA											
Dados do Contratado Solicitante											
9 - Código na Operadora	a		10 - Nome do Contratado								
10.246.214/0001-04	1		UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								
11 - Nome do Profission	al Solicitante			12 - Cons	elho Profissional	13 - Número d	o Conselho	14 - UF	15 - Código CBO		
CESAR EDUARDO	CASTRO	FERREIRA I	MARTINS	06	22343			41	225270		
Dados da Internação											
16 - Qtde. diárias Adicio	nais Solicitada	as 17 -Tipo	da Acomodação Solicitada								
0			12								
18 - Indicação Clínica											
COMPLEMENTO											
Procedimentos ou Iten	ıs Assistenci	ais Adicionais S	Solicitados								
	ligo do Proce		- Descrição				22	- Qtde. Soli	c. 23 - Qtde. Aut		
1- 22 307130	-		ETIRADA DE ENXERTO OS	SEO			1		1		
2-							L	_	_		
3-							L	_	_ _ _		
4-							L	_			
5- _							_	_			
6- _	_ _ _						<u> </u> _	-			
7-							_	-			
8-	ll	-						-	<u> </u>		
Dados da autorização 24 - Qtde. Diárias Adicio		doo DE Tino	a da Agamadação Autorizada								
24 - Qiue. Diarias Aulcio	IIais Autoriza	123 - Tipo	o da Acomodação Autorizada								
	. 1										
26 - Justificativa da operadora											
27 - Observação / Justifi	cativa										
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/03/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO											
OUI EIGHTIVA DE TIGNOALTIO MILDIOO											
28 - Data da Solicitação		29 - Assinatura	do Profissional Solicitante 30	- Assinatura do F	Responsável pela Au	utorização					



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

Unimed A

	<u> </u>							
١١	- Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído p			
343269	90624688		90624688	27/03/2023 09:34		90624688		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
0970000009349574								
8 - Nome								
SHEILA CRISTINA DE SO	DUZA							
Dados do Profissional Solicita	nte							
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail								
CESAR EDUARDO CAST	RO FERREIRA MARTINS							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica 72539887 COMPLEMENTO AUTORIZADO CONFORME L	JNIMED DE ORIGEM							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do Mar			16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Materia			23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 72539887		(AGON EM ACO INOXIDAVEL NBR ISO 5832	<u> </u> 2	_ _ , _	_ 2	,		
10209780045		IPLANTES ORTOPEDICOS LTDA						
2- 00 00157554		POROSA ABSORVIVEL - ENXERTO GRANUL	<u> 2 </u>		_ 2	,		
10405720001	CIRUSIL COM DE IM	IPLANTES ORTOPEDICOS LTDA						
3-				_	_	,		
		_		_ _ _ _	_			
4- _ _ _				_	_	,		
		-			_ _			
³⁻					_	,		
6-					 -	_ ,		
				_	-ı ı—ı—ı—ı	' '		
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
Teletone Contratado: (43)337	'2-0900 / Emitido em 27/03/2023 /AUTORIZADO CON	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titula	r: UNIMED REGIONA	L MARINGA COOPERATIVA DE	I KABALHO MEDICO			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				