

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92008111

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 - I | Número da Guia A | Atribuído nela | Operadora | | | | | | | | | |
|---|--------------------|-----------------------------------|--|---|---|---------------------------|---|--|--|--|--|--|
| 343269 | vamoro da Gala / | unbaldo pola | Орогация | | 9200 | 8111 | | | | | | |
| 4 - Data da Autorização 27/07/2023 15: | 92008 | i i | /alidade da Senh 29/09/2 | 1 | | | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | | 8 - Validade da Carte | eira | 9 - Atendimento | de RN | | | | | | |
| 9750000018282892 | | | 29/02/2024 | | N | | | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome ALVARO ALEXANDRE POFFO | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora | | 11 | e do Contratado | | | | | | | | | |
| 10.246.214/0001-04 | | UNIOR | T E ORTOPEDIA | | | | | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ | | | | 15 - 06 | Conselho Profission | 16 - Número do 0 | Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270 | | | | | |
| Dados do Hospital / Local S | | | , | | | | | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Inter 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 01/08/2023 00:00 | | | | | | | | | | | | |
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | 23 - Tipo de Inter | nação 24 - | - Regime de Internação 1 | 25 - Qtde. [| viárias Solicitadas | 26 - Previsão de uso de O | PME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N | | | | | |
| 28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM | • | | | | | | · | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) | | 0(2) (opcional) | pcional) 31 - CID 10(3) (opcional) | | - CID 10(4) (opcior | nal) 33 - Indicação de | Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 | | | | | |
| Procedimentos ou Itens As | sistenciais Solici | itados | | | | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30733030 2- 22 30731216 4- 18 60000554 5- 18 60024151 6- | o Procedimento | RECON TRANS DIARIA ALUGU | ROPLASTIA (COI NSTRUCAO, RET SPOSICAO DE MA A DE APARTAME | ENCIONAMEI AIS DE 1 TENI ENTO SIMPLE ARELHO / EQ | NTO OU REFOR DAO - TRATAM S JIPAMENTO PA | | OCR 1 1 1 1 1 1 1 1 | | | | | |
| 10- | - - | | | | | | | | | | | |
| Dados da autorização | | | | | | | | | | | | |
| 39 - Data provável da Admiss | ão hospitalar 4 | 0 - Qtde Diári | 11 | 41 - Tipo de Aco 12 | nodação autorizad | а | | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado | | | | | ADA LTDA | | 44 - Código CNES 6528104 | | | | | |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN A 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | | | | | | | | |



Unimed A

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

| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Referen | ciada 92008111 | 4 - Senha | 92008111 | 5 - Data da Autorização 27/07/2023 15:01 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92008 | |
|---|----------------------------|---------------------------------------|---|---|---|--|--------------------------------|
| Dados do Beneficiário | | | | 5_555111 | | | 0_000111 |
| 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | | |
| 9750000018282892 | † | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | |
| ALVARO ALEXANDRE | POFFO | | | | | | |
| Dados do Profissional Solid | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solici | | | 10 - Telefone | 1 | 1 - E-mail | | |
| ALEXANDRE DE OLIV | EIRA QUEIROZ | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM / INDICAÇAO CLINICA EM / AUTORIZADO CONFORMI | ANEXO | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do I | | Descrição | | 16 - Opção 17 - Qtd | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli | citado 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitário Autorizado |
| 21 - Registro ANVISA do Mate | | 22 - Referência do mate | | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento | | |
| 1- 00 70627657 | PLA | | A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA | _ 1 | | _ 1 | , |
| 10208610040 2- 00590045 | 1.48 | ARTHROW COMER IINA PARA SHAVER SET | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ | | _ 2 | |
| 80777280006 | LAN | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ | - | _ 4 | , |
| 3- 00597007 | ΡΔΕ | | A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB | | | _ 1 | , |
| 80044680085 | . , , , | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ | | _ı · | 11117111 |
| 4- | 11111 | | | | | _ | , |
| | | | | | | | |
| 5- _ | | | | | _ _ _ , _ | _ | , |
| _ _ _ | _ _ _ _ | | | | _ _ _ | _ _ | |
| 6- _ | | | | | _ _ _ , | _ | , |
| _ _ _ | _ _ _ | | | | _ _ _ _ | _ _ | |
| 24 - Especificação do Materia | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa | | | | | | | |
| Telefone Contratado: (43)3 | 372-0900 / Emitido em 27/0 | 07/2023 /AUTORIZADO CO | NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titul | ar: UNIMED DO ESTA | DO DO PARANA | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pro | ofissional Solicitante | | 28 - Assinatura d | o Responsável pela Autorização | | |
| | 11 | | | 11 | | | |