

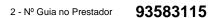
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93583115

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora													
343269								9358	33115				
4 - Data da Autorização 22/12/2023 15:38		03	93583115 6 - Data de Validade da			Senha /03/2024							
Dados do Beneficiário	13.30			,505115		13/	03/2024						
7 - Número da Carteira				8 - Val	idade da Carteir	<u></u> а	9 -	Atendimento	o de RN				
097000009818108								N					
50 - Nome Social							·						
10 - Nome													
PERCILIO PARRA	Caliaitant	•											
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado													
10.246.214/0001-04			UNI	NIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA									
14 - Nome do Profissiona	al Solicitar	nte				15 - Conselho Profissional			16 - Número do Conselho		17 - UF 18 - Código CBO		
CESAR EDUARDO	CAST	RO FERRE	IRA M	ARTINS			06			22343		41	225270
Dados do Hospital / Lo				•									
19 - Código na Operador 10.246.214/0001-04		- 11			II / Local Solicita		740417	DΛ			11	a sugerida p 2023 00:0	ara Internação
22 - Caráter do Atendimen		Tipo de Interr		ORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZ				Solicitadas	l ac Dr			Previsão de uso de Quimioterápico	
1	23 -	C C	llaçau	24 - Regim	1	25-6	1	Solicitadas	20 - FI	S	TIVIE 27 - 1	Frevisão de (N
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA	EM ANE	хо											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			(2) (opci	(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacion			oença relacionada)	
Procedimentos ou Iten	s Assiste	nciais Solici	tados										
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307280 2- 22 307100 4- 18 600003 5- 18 600008 6-	53 50 30 84 605	l	AR LES RE DIA	SOES LIG TIRADA I ARIA DE A	AMENTARES DE PLACAS ACOMPANHA QUARTO CO	S CRON	DM REFEI DE 2 LEI	NIVEL DO	TORI	ATAMENTO CIR NOZELO - TRAT A HEIRO PRIVATIV	EUR 1 FAM 1 1 1 /O 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
12-											<u> </u> _	_	
Dados da autorização 39 - Data provável da Ac	lmissão ho	ospitalar 1 4	0 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 14	1 - Tipo de	e Acomodac	ão autorizad	da				
Josepha provaverud Ac	iiiiisaU IIC		o - Wilde	Diarias Auto	1 1 mizadas		, Acomoud	au autonzat	44				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado UNIORT E ORTOPEDI.							ALIZADA	LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável pela Autorização													





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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuíd	mero da Guia atribuído pela Operadora	
343269		93583115		93583115	22/12/2023 15:38		93583115	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0970000009818108								
8 - Nome								
PERCILIO PARRA								
Dados do Profissional Solid								
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	11	- E-mail			
CESAR EDUARDO CA	STRO FERREIRA MAR	RTINS						
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM / INDICAÇAO CLINICA EM / AUTORIZADO CONFORM	ANEXO							
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 f			23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
				- _ 2		_ 2	_ _ , _	
	A17940137 ARTHROM COMERCIO DE							
				9 _ 1		_ 1	_,	
80083650067	010	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
3- 78034361 80454380015				KI 1		_ 1	_ _ , _	
	010		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	-	_			
4- 78034159 80454380015				A _ 1		_ 1	_ _ , _	
	cic		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_			
5- 78034396 80454380015	313		NOZELO TARIC - 0021-0041 -IMPLANTE TI CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	BI _ 1		_ 1	,	
6-		ANTINOW COWERC	CIO DE IMPLANTESONTOFEDICOSETDA	-	_		,	
	 _ _ _				_	_	₁	
24 - Especificação do Materia 25 - Observação / Justificativa	a	12/2023 /ALITORIZADO CON	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa/T	Titular: LINIMED PECIONAL	MARINGA COOPERATIVA DE	TRABALHO MEDICO		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr		A OTAMIC GAIMICE DE OTAGEM / EMPIESA / I		Responsável pela Autorização	TIMBALIO WILDIOU		
	H			П				