

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93338260

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	- Número da Gu	ia Atribuído	pela Opera	dora				\neg				
343269							933382	260				
4 - Data da Autorização 29/11/2023 1	4: 52 5 - Seni		3338260	6 - Data de V		Senha 02/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Val	lidade da Carte	eira	9	Atendimento de	e RN				
0970000125247804							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome FERNANDA FIORI TUTIDA												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		i i	Nome do Co									
10.246.214/0001-04		UN	IORT E O	RTOPEDIA	ESPECIA							
†	14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ				15 - Conselho Profissional			Número do Co 905	onselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Loca	I Solicitado / Da	ados da In	ternação									
19 - Código na Operadora	CNPJ	11		al / Local Solicit								ara Internação
10.246.214/0001-04				PEDIA ESI						<u> </u>	023 00:00	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de I	nternação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Q1	tde. Diárias	Solicitadas 2	6 - Previsão	de uso de OPI	ME 27 - P		so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EI	AANEVO									•		
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 relacionada) 9			
Procedimentos ou Itens	Assistenciais S	olicitados										
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30733073 2- 22 30731210 3- 98 08011045 4- 18 6002415 5-	5 5	RE TR PC	ANSPOSI T LIGAMI UGUELT	CAO DE MA ENTOPLAST AXA DE APA	AIS DE 1 T FIA UNIOF ARELHO /	ENDAO - RTE - API EQUIPAI	OU REFORC - TRATAMEN I MENTO PAR	NTO CIR	URGICO	CR 1 1 1	 	2: 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
10-	- - 	_ _ _								 	 	
Dados da autorização												
39 - Data provável da Adm	ssão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto 2	11	41 - Tipo de 12	Acomodaç	ão autorizada					
1 11			43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								- 11	44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 45 - Observação / Justificat Telefone Contratado: (4 OPERATIVA DE TRABA	3)3372-0900 / E LHO MEDICO	Emitido em	29/11/2023	3 /AUTORIZA	DO CONFO	ORME UN	IMED DE ORI				D REGION	
46 - Data da Solicitação	47 -	Assinatura	do Profission	nal Solicitante	48 - Assir	natura do B	eneficiário ou F	Responsáv	el 49 - Ass	inatura do F	Responsáve	el pela Autorização



93338260

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 93338260	4 - Senha		93338260	5 - Data da Autorização 29/11/2023 14:52	6 - Número da Guia atr	ibuído pela Operadora 93338260
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0970000125247804								
8 - Nome FERNANDA FIORI TUT	DA							
Dados do Profissional Solici	ante							
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone		1	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A AUTORIZADO CONFORME	NEXO							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante	1	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autoriza	ada 20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 100066879			ART HORTRON - 4310.001	-ST-CMAH-4,5/3,9-	2	_ _ _ ,	_ 2	_ _ , _
81288540024		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTO	PEDICOSLTDA				
2- 00 70627657	PLA		A LIGAMENTO ENGIMPLA	•	1	,	_ 1	
10208610040			CIO DE IMPLANTESORTO					
3- 00 00116700 80743230025	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CA CIO DE IMPLANTESORTO	•	<u> </u>	_ _ _ ,	_ 1	,
4- 00	ΡΔΓ		A REABSORVIVEL GENTL				1	_ ,
80044680085			CIO DE IMPLANTESORTO	•	 _ _ _		_ı ·	1111'111
5- _				l		_	_	,
_ _ _ _	_ _ _			_ _ _			_ _	
6- _				I		_	_ _	,
	_ _ _			_			_	
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3:	372-0900 / Emitido em 29/	11/2023 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIG	EM / Empresa / Titular: UI	NIMED REGIONAL	MARINGA COOPERATIVA DE T	RABALHO MEDICO	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		