

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90642772

(Via HOSPITAL)

		l.							
1 - Registro ANS 3 - 343269	Número da Gu	ia Atribuído pe	ela Operadora		9064	12772			
4 - Data da Autorização	5 - Senh	ıa	6 - Data de Va	alidade da Se	nha				
28/03/2023 09	:57	906	42772	09/06	5/2023				
Dados do Beneficiário			, ,						
7 - Número da Carteira			8 - Validade da Cartei	ra	9 - Atendimento				
0320000081853203			30/06/2023		N				
50 - Nome Social									
10 - Nome LUZIA MONTEIRO BO	RGES								
Dados do Contratado Solid	itante								
12 - Código na Operadora		11	me do Contratado	TUTO \ //D					
07.142.188/0001-51		SAO	FRANCISCO INSTI			. 1	T		11
14 - Nome do Profissional So RODRIGO SERIKAWA		POS.		- 11	5 - Conselho Profissi 6	onal	16 - Número do Con 26535	selho 17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S			22020		•		20333	41	223210
19 - Código na Operadora / C			lo Hospital / Local Solicita	ado			1	21 - Data sugerida	para Internação
07.142.188/0001-51		1	NCISCO INSTITUT				- 11	17/04/2023 00:	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Ir	nternação 2	4 - Regime de Internação	25 - Qtde	e. Diárias Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OPME	27 - Previsão de	uso de Quimioterápico
1	С		1		1		S		N
29 - CID 10 Principal (opciona	al) 30 - CID	10(2) (opcion	al) 31 - CID 10(3) (c	pcional)	32 - CID 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de Acid	dente (acidente ou	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Sc	licitados							
	lo Procediment		escrição					37 - Qtde. Sc	olic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30735033		_	OMIOPLASTIA - PR						1
2- 22 30735068 3- 22 30735092			TURA DO MANGUIT DTOMIA DA PORCA						1
4- 18 60000805			IA DE QUARTO CO						1
5- 18 60024151			GUELTAXA DE APA						1
6-									
12-	_							_	
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	40 - Qtde Di	árias Autorizadas 2		comodação autorizad	da			
42 - Código na Operadora / 0 07.142.188/0001-51	CNPJ autorizad	11	me do Hospital / Local A FRANCISCO INSTI		Α				44 - Código CNES 2729539
45 - Observação / Justificativ Telefone Contratado: (43) viar com retorno do medico PERATIVA DE MEDICOS	3254-3000 / E								

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	B - Número da Guia Referenciada 4 - S 90642772		4 - Senha	Senha 90642772		5 - Data da Autorização 28/03/2023 09:57	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 906427			
		90042772		9004	2112	20/03/2023 09.57		90842772		
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		OO Nome Cariel								
		29 - Nome Social								
0320000081853203										
8 - Nome LUZIA MONTEIRO BORGES										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone		11	- E-mail				
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIROS									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesões em ombro esquerdo, demonstradas em exame físico e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico M751 Ruptura do manguito Rotador OMBRO ESQUERDO PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM // COD 30735084 E 00596221 - Reenviar com retorno do medico assistente, referente ao questionado em aviso de divergencia enviado em ANEXO.										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição	Salar fall design				tado 19 - Qtde. Aut	orizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00590045		22 - Referência do mater MINA PARA SHAVER SET		23 - Nº Auto	-	de Funcionamento				
80777280006	LAN		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL				. 2	,		
2- 00 71876561	ΔΝΟ		PLICADOR DESCARTAVEL - 0112105		_] 3			
80083650063	Air		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL		1.1		.1	1-1-1-1-1/1-1-1		
3- 00 00116700	CAN		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 20				1			
80743230025	5 7		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL		1.1			1-1-1-171-1-1		
4- 00 70917540	CAN	IULA PARA ARTROSCOF	PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANUI	-A CO 1	_,,		1	1111111		
80777280003			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	•—•	_ _		•	1-1-1-1/1-1-1		
5-					_ _ _	_		_ _ ,		
				_	_ _ _					
6- _	_ _ _				_ _	_	_ _	,		
				_	_ _ _					
24 - Especificação do Materia										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3254-3000 / Emitido em 28/03/2023 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM // COD 30735084 E 00596221 - Reenviar com retorno do medico assistente, referente ao questionado em avis o de divergencia enviado em ANEXO. / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS										
			DIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assina	atura do	Responsável pela Autorização				