

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94513461

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS | 3 - Núme | ro da Guia A | tribuído nel | la Onerac | tora | | | | | | | | |
|--|------------------------|----------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------|----------|---------------------------|------------------------------------|----------------|--|---------------|---------------|-----------------------------|
| 343269 | O Manie | no da Gala 7 | unbuluo poi | и орогис | 301u | | | 9451 | 3461 | | | | |
| 4 - Data da Autorização | | 5 - Senha | | | 6 - Data de Va | | | | | | | | |
| 22/03/2024 | 16:20 | | 9451 | 13461 | | 21/ | /05/2024 | | | | | | |
| Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira | | | | l o Vali | dade da Cartei | iro | 110 | Atendimento | do DN | | | | |
| 0050000000773762 | • | | | 11 | /2024 | lia | 9- | N Atendiment | | | | | |
| 50 - Nome Social | - | | | | | | | | | | | | |
| l so riome costa. | | | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome | 10 - Nome | | | | | | | | | | | | |
| FATIMA FABRIN RABELLO BONFIM | | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operado 10.246.214/0001-04 | | | H | me do Co | entratado RTOPEDIA | ECDECI | A I 17 A D A | LTDA | | | | | |
| 14 - Nome do Profissiona | | to | UNIO | RIEU | RIOPEDIA | ESPECI | | | 2001 | 16. Número do C | `anaalha | 17 - UF | 18 - Código CBO |
| CESAR EDUARDO | | | IRA MAF | RTINS | | | † | | | 16 - Número do Conselho 22343 | | 41 | 225270 |
| Dados do Hospital / Lo | | | | | | | | | | | | | |
| 19 - Código na Operado | | | | | I / Local Solicita | ado | | | | | 21 - Data | a sugerida p | ara Internação |
| 10.246.214/0001-04 | ı | U | INIORT E | ORTO | PEDIA ESF | PECIALIZ | ZADA LT | DA | | | 30/03/2 | 2024 00:0 | 0 |
| 22 - Caráter do Atendimer | 23 - | Tipo de Interr | nação 24 | 4 - Regime | e de Internação | 25 - C | tde. Diárias | Solicitadas | 26 - Pr | revisão de uso de OF | PME 27 - | Previsão de ı | uso de Quimioterápico |
| 28 - Indicação Clínica | | | | | | | • | | | | | | 14 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2 | | | (2) (opciona | (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) | | | 32 - CID 10(4) (opcional) | | | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 | | | |
| Procedimentos ou Iten | s Assister | nciais Solici | tados | | | | - | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307291 2- 22 307292 3- 18 600008 4- | 81 :03 | cedimento | HALL OSTE DIARI | EOTOMI | QUARTO CO | DLETIVO | DSE DOS DE 2 LEI | METATAF | RSOS/I BANH | FALANGES - TF | 1 RAT 1 //O 1 | - Qtde. Soli | c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 |
| Dados da autorização | | | | | | | | | | | | | |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNE 6528104 | | | | | | | | 44 - Código CNES 6528104 | | | | | |
| 45 - Observação / Justifi Telefone Contratado: ntais cirúrgicos incluso 46 - Data da Solicitação | (43)3372- s em taxa | a hospitalar | / Empresa | ı / Titular | : FATIMA FAI | BRIN RAB | ELLO BO | NFIM | | | | | |



Unimed A

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

| 1 - Registro ANS 343269 | - Número da Guia Referer | ciada 94513461 | 4 - Senha | | 94513461 | 5 - Data da Autorização 22/03/2024 16:20 | 6 - Número da Guia atribo | uído pela Operadora 94513461 | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------------|---|------------------------|--|---|--|---|--|--|--|
| Dados do Beneficiário | | 34010401 | | | 34313431 | 22/00/2024 10:20 | | 34010401 | | | |
| 7 - Número da Carteira 0050000000773762 | | 29 - Nome Social | | | | | | | | | |
| 8 - Nome FATIMA FABRIN RABEL | LO BONFIM | | | | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solicitante | | | | | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicitar | nte | | 10 - Telefone | 11 - E-mail | | | | | | | |
| CESAR EDUARDO CAST | RO FERREIRA MAF | TINS | | | | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica DOR E DEFORMIDADE DE HALUX DOR E DEFORMIDADE DE HALUX Em relação ao pedido médico: 01 x microsserra - Para Clientes Londrina - Padronizados materiais instrumentais cirúrgicos inclusos em taxa hospitalar | | | | | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do Ma 21 - Registro ANVISA do Materia | | Descrição 22 - Referência do mate | rial no fabricante | | 16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento | itado 19 - Qtde. Autorizad | la 20 - Valor Unitário Autorizado | | | |
| 1- 00 75608502 81118460005 | | RAFUSOS DE COMPRESS | SAO CANULADO PEQUENOS CIO DE IMPLANTESORTOPE | | | | _ 2 | , | | | |
| 2- | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | ido médico: 01 x microsserra - F | Para Clientes Londrina | | teriais instrumentais cirúrgicos inc | LI I I I I I I I I I I I I I I I I I I | , , , , , , , , / Empresa / Titular: FATIMA F | | | |
| ADAIN NADELEO DONI IIVI | | | | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pr | ofissional Solicitante | | | 28 - Assinatura d | o Responsável pela Autorização | | | | | |