

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95024525

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	- Número da Guia Atribuído pela Operadora 95024525										
4 - Data da Autorização 07/05/2024 1	- 11	5 - Senha 95024525		11	6 - Data de Validade da Senha 06/07/2024			•			
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - \	Validade da Carteira		9 - Atendimento	o de RN				
0050000006926242			08/	06/2026		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
RAFAELA GARCIA H											
Dados do Contratado Sol 12 - Código na Operadora	icitante		13 - Nome do	Contratado							
10.246.214/0001-04			††	ORTOPEDIA E	SPECIALIZ	ZADA LTDA					
14 - Nome do Profissional S					- 11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do			onselho	17 - UF	18 - Código CBO
GUILHERME JOSE N					06			30165		41	225270
Dados do Hospital / Loca			-						04 - D. (
19 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04		UN	NIORT E OR	oital / Local Solicitad		A LTDA			1	024 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - 1	Tipo de Interna C	ação 24 - Reg	gime de Internação 1	25 - Qtde. [Diárias Solicitadas 5	26 - Pi	revisão de uso de OPI S	ME 27 - P	revisão de i	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica				•							
29 - CID 10 Principal (opcio	nal)	30 - CID 10(2	2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32	- CID 10(4) (opcio	onal)	33 - Indicação de A	cidente (ac	idente ou d	loença relacionada)
										9	
Procedimentos ou Itens A 34 - Tabela 35 - Código			ados 36 - Descriçã	io.					37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30733030		eumento	,		REMOCAO	DE CORPOS L	IVRES) - PROCEDIMEI		- Qiue. Soii	1
2- 22 30733073	;		RECONST	RUCAO, RETEN	ICIONAMEI	NTO OU REFO	RCO D	O LIGAMENTO	CR 1		1
3- 22 30731216				SICAO DE MAIS			/IENTO	CIRURGICO	1		1
4- 98 08011046				MENTOPLASTIA					1		1
5- 98 08011081 6- 18 60000805				ROSCOPIA DE JO E QUARTO COL			IRANE	IEIRO PRIVATIV	1 0 1		1
7- 18 60024151								RTROSCOPIA F			1
8-		_ _ _								. _	_ _
9-										_ _	
10- _									<u> </u>		
11-	 _	 							_ _	.lll .lll	_ _
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admi	ssão hos	spitalar 40	- Qtde Diárias A	Autorizadas 41	- Tipo de Aco	modação autorizad	da				
42 - Código na Operadora	/ CNPJ a	autorizado		Hospital / Local Auto	orizado						44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/05/2024 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

· · ·	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	95024525			95024525			95024525
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
005000006926242							
8 - Nome							
RAFAELA GARCIA HIG	IUTI						
Dados do Profissional Solic	tante						
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
GUILHERME JOSE MIN	ASAKI PIOVESANA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica RECONSTRUCAO, RETEN RECONSTRUCAO RETEN							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M	Material 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00597007 80044680085	PAI		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	<u> _ _ _ ,</u>	_ 1	_ _ , _
2- 00 00499293	CVI		O OB F 2,9X5,5MM 892350000	_ _ _ _ 		1	
80356130052	OAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	' 	_ - - - - - - - - - - - - - - - - -	-1 '	
3- 00 72320915	DIS		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -			I 1	,
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1	1
4- _ _ _ _ _ _ _ _ _						_	
						<u></u>	
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 07/	05/2024 / Empresa / Titular:	ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO I	DE LONDRINA			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		