

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90416251

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Númer 343269	ro da Guia Atri	buído pela Opera	dora		90416251					
	5 - Senha		6 - Data de Validad	e da Senha		J				
08/03/2023 17:00		90416251		26/05/2023						
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 097000009349574		8 - Val	idade da Carteira	9 -	Atendimento de RN N	1				
50 - Nome Social					IN .					
To Nome Code										
10 - Nome										
SHEILA CRISTINA DE SOU	IZA									
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do Co	ontratado RTOPEDIA ESP	ECIALIZADA	ΙΤDΔ					
14 - Nome do Profissional Solicitant	te	OHION E O	TOT EDIA EOI		elho Profissional	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO	
CESAR EDUARDO CASTR		RA MARTINS		06		22343		41	225270	
Dados do Hospital / Local Solicit	ado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operadora / CNPJ	11		I / Local Solicitado				11		ara Internação	
10.246.214/0001-04			PEDIA ESPECI				<u> </u>	023 00:0		
22 - Caráter do Atendimento 23 - 1	Tipo de Interna	ção 24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde. Diárias 1	Solicitadas 26 - P	revisão de uso de OF	ME 27 - P	revisão de	uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM ANEX	′0									
29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID 10(2)) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opcion	al) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	•	idente ou c	loença relacionada)	
Procedimentos ou Itens Assister	nciais Solicita	dos								
34 - Tabela 35 - Código do Prod	cedimento	36 - Descrição						· Qtde. Soli	_	
1- 22 30729041 2- 18 60000554			E DE TARSO E/O APARTAMENTO		- TRATAMENTO	CIRURGICO	1 1		1 1	
3-			AL ALTAINENTO							
Dados da autorização	enitalar 140	Otde Diários Aut	orizadas 141 T:	no de Acomadas	ão autorizado					
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1 12										
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104										
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/03/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. SOLICITADO COMO COMPLEMENTO NA GUIA 9062 4688 PARA ADEQUAÇÃO DE PROCEDIMENTO E OPME CONFORME O ACEITE DO M A. / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TR ABALHO MEDICO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável 149 - Assinatura do Responsá										



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

"	4 1					6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269		90416251		90416251	08/03/2023 17:00	90416251					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		OO Nama Casial									
0970000009349574		29 - Nome Social	- Nome Social								
8 - Nome SHEILA CRISTINA DE SOU	JZA					l					
Dados do Profissional Solicitant											
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail						
CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS						l					
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANEX INDICAÇAO CLINICA EM ANEX AUTORIZADO CONFORME UN	(O	SOLICITADO COMO COMPLE	EMENTO NA GUIA 90624688 PARA ADEQU	IAÇÃO DE PROCEDIMENT	O E OPME CONFORME O ACEIT	TE DO M A.					
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do Mater	ial 15 -	Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado					
21 - Registro ANVISA do Material 1- 00781401	1.41	22 - Referência do materia MINA MICRO SERRA RAZE		23 - Nº Autorização	de Funcionamento						
80356130059	LAI		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	' 	- -	_ 1					
			I I I I I I I I I I I I I I I I I I I			- - - - - - - - - - - - -					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização						