

90006900



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da	Guia Atribu	uído pela Operadora 90006900							
4 - Data da Autorização	5 - Senh			6 - Data o	le Validade da Senha	1				
31/01/2023 08:	11	a	900069	11						
Dados do Beneficiário										
7 - Numero da Carteira			8 - Validade da Carte	ira	9 - Atendiment	to de RN				
9750000017127320			31/01/2023		r	N				
10 - Nome						1	11 - Cartão Na	cional de Saú	ide	
VALMIR MELCHIOR										
Dados do Contratado Solicitante)									
12 - Código na Operadora		11	Nome do Contratado	- COECIAI	:74D4 TD4					
10.246.214/0001-04		UNI	IORT E ORTOPEDIA	A ESPECIAI			11		17 - UF	
14 - Nome do Profissional Solici CESAR EDUARDO CA		DEIDA M	A A DTINIC	l t	t II		16 - Número do Conselho 22343		18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Local Solici					22343		43 41 22527		223210	
19 - Código na Operadora / CNI			e do Hospital / Local Solicita	ado				21 - Data	sugerida pata	a Internação
10.246.214/0001-04		l L	UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA L						023 00:00	
22 - Caráter de Atendimento	23 - Tipo de Ir	nternação	24 - Regime de internaçã	o 25 - Qtd	11 11		l i		Previsão de uso de Quimioterápico	
1 28 - Indicação Clínica	2		1		<u> </u>		S			N
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID1	0(2) (opciona	al) 31-CID10(3) (opcior	al) 32-CID1	0(4) (opcional) 33	3 - Indicação d	e Acidente (acid	ente ou doen	ıça relaciona	da)
								9		
Procedimentos ou Itens Assiste	nciais Solicitado	os								
1	Procedimento		- Descrição							olic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30729181			ALLUX VALGUS (UN	•					1	1
2- 22 30729203 3- 18 60000805			STEOTOMIA OU PS ARIA DE QUARTO						1	1 1
4-	1 1 1 1	ו ו ו ו	ARIA DE QUARTO	COLETIVO	DE 2 LEITUS C	UIVI DANI	IEIRO FRIV	Alivo	1 	- 1 - - - - -
5-	_l_l	.—! — I I							 	·!
6-	_ 								 	·
7- _		<u> </u>							i_ _ _	.i
8-	_ _	<u> </u>							_ _ _	. _ _ _
9-	_	<u> </u>							<u> _ _ _</u>	
10- _	_	<u> </u>							<u> _ _ _</u>	. <u> </u>
11-	_ 	 							_ _	.
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admissão	hospitalar	40 - Qtde	11	Tipo de acomo	lação autorizada]				
////			1 1							
42 - Código na Operadora / CN	PJ autorizado	11	Nome do Hospital / Local A							44 - Código CNES
10.246.214/0001-04		UNI	IORT E ORTOPEDIA	A ESPECIAI	IZADA LTDA					6528104
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 31/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM// 1 LAMINA MICROSERRA - INSTR UMENTAL PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA										
46 - Data da Solicitação	47 - As	ssinatura do	Profissional Solicitante	48 - As	sinatura do Beneficiá	rio ou Respons	sável 49 -	Assinatura do	o Responsáv	el pela Autorização



90006900

Londrina

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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	a	4 - Senna		5 - Data da Autorização	6 - Numero da Guia atribuido pela Operadora			
343269		90006900		90006900	31/01/2023 08:41	90006900			
Dados do Beneficiário									
7 - Numero da Carteira		8 - Nome							
9750000017127320		VALMIR MELCHIOR							
Dados do Profissional Solicitant	e								
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	11	1 - E-mail				
CESAR EDUARDO CA		RTINS		† 1					
	OTTO TERRELITA IIIA								
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica									
INDICAÇAO CLINICA EM	ANEXO								
INDICAÇAO CLINICA EM									
AUTORIZADO CONFORM	E UNIMED DE ORIGEM//	1 LAMINA MICROSERRA -	INSTRUMENTAL PAGO EM CONTA						
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do It		Descrição		16 - Opção 17 - 0	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	olicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do materi	al		22 - Referência do material no fab	ricante	:	23 - Nº Autorização de Funcionamento			
1- 73735655	GR	RAMPOS (AGRAFES) GN	M - 272-14-12 - GRAMPO(AGRAFE) ALC GM 12M	1	,	_ _ 1 _ _ ,			
10247700104		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESORT		L				
2-			,,,,	,, 					
-	 	Ī		 					
	_	-1			·!!!!!!!!!				
3- _					:				
	_				.				
4-					_ _ _ ,	_ _			
	_	.		_ _ _ _	. _ _				
5	_				_ _ _ ,				
		I.		1111					
6-	-,,,,,,, 	-•	1	,,,					
	 	1		·					
	_	-1		lll	·!				
24 - Especificação do material									
25 - Observações / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 31/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM// 1 LAMINA MICROSERRA - INSTR									
UMENTAL PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante	II	28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				
,	1 1	S. CO.OTIAI CONORATRO		/100111atura UU	.τουροπουνοι ροια παιοπεαφαο				
	-								