

89635589





GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Gu	ia Atribuído ¡	pela Operadora 89635589						
4 - Data da Autorização	5 - Senha		69633369	6 - Data de Validade da Se	nha				
19/12/2022 16:0	9		89635589	17/02	/2023				
Dados do Beneficiário		1	O. Validada da Castaisa	9 - Atendim	ante de DNI				
7 - Numero da Carteira 3324410000009019			8 - Validade da Carteira 01/10/2023	9 - Atendim	N				
10 - Nome SONIA MARIA DOS SA	NTOS CORT	EZ				11 - Cartão N	acional de Saúd 4093616	е	
Dados do Contratado Solicitante		1							
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	ne do Contratado	SPECIALIZADA LTD	١				
							18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Local Solicita		•		"				,	
19 - Código na Operadora / CNP 10.246.214/0001-04	11		Hospital / Local Solicitado ORTOPEDIA ESPE	CIALIZADA LTDA			11	ugerida pata 22 00:00	Internação
22 - Caráter de Atendimento	23 - Tipo de Interi	nação 24	- Regime de internação	25 - Qtde. diárias Solicitad	as 26 - Pre	visão de uso de C	DPME 27 - Pre	evisão de uso	o de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica SEGUE PEDIDO MÉDICO	EM ANEXO	,							
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10(2)	(opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional)	33 - Indicação	o de Acidente (ac	idente ou doenç	a relacionada	i)
Procedimentos ou Itens Assisten	ciais Solicitados								
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30731224 2- 22 30729181 3- 22 30729203 4- 18 60000384 5- 18 60000554 6-	Procedimento	HALL OSTE DIARI	ISPOSICAO UNICA UX VALGUS (UM P OTOMIA OU PSEUI IA DE ACOMPANHA IA DE APARTAMEN	E) - TRATAMENTO C DARTROSE DOS ME ANTE COM REFEICA	TATARSOS D COMPLE	S/FALANGES	1 1	l I	lic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 4 1 1
9-	 _ _	 					 	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão ////			1 12	de acomodação autorizada					
42 - Código na Operadora / CNF 10.246.214/0001-04	J autorizado	ł ł	ne do Hospital / Local Autori	zado SPECIALIZADA LTDA	A			- 11	44 - Código CNES 6528104
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 06827478904 em 19/12/2022 /Conforme parecer da Unimed de Origem desfavoralvel a Broca Shanon nao e padroniza da em Londrina pois e especifica para tecnica que nao esta prevista no Rol de cobertura minima da ANS. Demais autorizados. / Empresa / Titular: UNIMED CACADOR TR ABALHO MEDICO DA REGIAO CONTESTADO									
46 - Data da Solicitação	47 - Assin	atura do Prof	fissional Solicitante	48 - Assinatura do Benefi	ciário ou Respo	onsável 49	- Assinatura do	Responsável	I pela Autorização



89635589



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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora						
343269	89635589		89635589	19/12/2022 16:09	89635589						
Dados do Beneficiário											
7 - Numero da Carteira 8 - Nome											
332441000009019 SONIA MARIA DOS SANTOS CORTEZ											
Dados do Profissional Solicitanto											
9 - Nome do profissional solicita	nte	10 - Telefone	11	I - E-mail							
CESAR EDUARDO CA	STRO FERREIRA MARTINS										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica SEGUE PEDIDO MÉDICO EM ANEXO SEGUE PEDIDO MÉDICO EM ANEXO SEGUE PEDIDO MÉDICO EM ANEXO Conforme parecer da Unimed de Origem desfavoralvel a Broca Shanon nao e padronizada em Londrina pois e especifica para tecnica que nao esta prevista no Rol de cobertura minima da ANS. Demais autorizados.											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do Ito	em 15 - Descrição		16 Open 17 (Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado						
21 - Registro ANVISA do materi		22 - Referência do material no fa			icitado 19 - Qide. Autorizada 20 - Valor Unitario Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento						
1- 00 00193178	FIO KIRSCHNER 0,8X300N	MM 40012300080	1	1 1 1 1 1	1						
10223680050			. <u> </u>	/i /i /i /i /i /i							
2- 00 75607522	PARAFIISOS DE COMPRE	ESSAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES F	R I I 2		2						
81118460005		RCIO DE IMPLANTESORT	N -	1 1 1							
2	AKTIKOW COME	COO DE IMI EARTESOIQI	·!								
³⁻			_								
	-			!!!!!!!! ! !							
⁴⁻ _			_								
			.	_ _ _ _ _ _ _							
5- _			_	,							
	_	_	.	! _ _	_ _ _ _ 						
6- _	_ _ _		_	,	_ _ _ ,						
			_ _ _	<u> </u>							
24 - Especificação do material											
24 Especimolyae de maioria.											
25 - Observações / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 06827478904 em 19/12/2022 /Conforme parecer da Unimed de Origem desfavoralvel a Broca Shanon nao e padroniza da em Londrina pois e especifica para tecnica que nao esta prevista no Rol de cobertura minima da ANS. Demais autorizados. / Empresa / Titular: UNIMED CACADOR TR ABALHO MEDICO DA REGIAO CONTESTADO											
00 Pata da Oaliaita a a	OZ. Assiratora da Daffasianal Oskiritari		Loo Assissation	Decrease food and a Autorian a							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		∠8 - Assinatura do	Responsável pela Autorização							
/ _	<u> </u>										