

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95473934

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela	Operadora							
343269					954	73934				
4 - Data da Autorização 14/06/2024 19	5 - Senha	9547	i i	alidade da Sen <b>20/08</b> /	1					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 9750000017125661			8 - Validade da Carte	eira	9 - Atendiment					
						•				1
50 - Nome Social										
10 - Nome ROBERTO CASALI P	AVAN									
Dados do Contratado Soli	citante									
12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61		11	ie do Contratado CIACAO EVANGE	ELICA BENE	FICENTE DE I	LONDR	INA			
14 - Nome do Profissional Solicitante  GUILHERME OGAWA					15 - Conselho Profissional 16 - Número do C 29657			onselho	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225295</b>
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dad	los da Interna	ação							
19 - Código na Operadora /			Hospital / Local Solicit	tado				21 - Data	sugerida p	ara Internação
78.613.841/0001-61		ASSOCIAC	CAO EVANGELIC	A BENEFIC	ENTE DE LON	IDRINA		25/06/2	024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação 24	- Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde.	Diárias Solicitadas 1	26 - Pre	evisão de uso de OP <b>S</b>	ME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica RIZARTROSE DO POLEO						-				
29 - CID 10 Principal (opcior	aal) 30 - CID 1	10(2) (opcional	31 - CID 10(3) (d	opcional) 3	2 - CID 10(4) (opcid	onal)	33 - Indicação de A		cidente ou d	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Soli	citados								
1- 22 30737044 2- 22 31403360 3- 18 60000384 4- 18 60000805 5- 18 60024151 6-         7-   _        8-   _	do Procedimento	OSTEC TRATA DIARIA DIARIA	SCIÇÃO DCONDROPLAST AMENTO MICROC A DE ACOMPANH A DE QUARTO CO UELTAXA DE APA	IRURGICO I IANTE COM OLETIVO DE	DAS NEUROPA REFEICAO COI 2 LEITOS COI	TIAS CO MPLETA M BANH	OMPRESSIVAS A EIRO PRIVATIV	A (E 1 (TU 1 1 'O 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1  1  1
10-	      	I   I							-lll -l   -l   l	 
Dados da autorização										1
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde Diár	- 11	41 - Tipo de Ac	omodação autoriza	nda				
42 - Código na Operadora /	CNPJ autorizado	11	e do Hospital / Local A	Autorizado	EIGENTE SE :	ONE	INIA			44 - Código CNES
ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA   2550792   45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 14/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN A   46 - Data da Solicitação   47 - Assinatura do Profissional Solicitante   48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   49 - Assinatura do Responsável pela Autorização   49 - Assinatura do Responsável pela Autorização   49 - Assinatura do Responsável pela Autorização   48 - Assinatura do Responsável pela Autorização   49 - Assinatura do Responsável pela Autorização   40 - 40 - 40 - 40 - 40 - 40 - 40 - 40										
46 - Data da Solicitação	47 - As	ssinatura do Pr	ofissional Solicitante	48 - Assinat	ıra do Beneficiário	ou Respo	nsável   49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização



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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referen	ciada <b>95473934</b>	4 - Senha	95473934	5 - Data da Autorização 14/06/2024 19:34	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95473934				
Dados do Beneficiário		33473334		93473934	14/00/2024 19.34	33473334				
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
9750000017125661		25 Nome Goda								
8 - Nome										
ROBERTO CASALI PAVAN										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	1	11 - E-mail					
GUILHERME OGAWA										
Dados da cirurgia										
	R ESQUERDO NEUROP	DO + NEUROPATIA COMP ATIA COMPRESSIVA DO N	RESSIVA DO MEDIANO. ENCAMINHO PARA TTO MEDIANO	O CIRÚRGICO.						
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic o de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado				
1- 00 00695580		LHA TRACAO DUPLA GR		<u>    1</u>	_ _ _ ,	_  1				
80356130036		BIONEURO COMER	CIO DE PRODUTOS PARA SAUDE LTDA							
2- 00 00805580 CANULA MICRODEBRIDA		NULA MICRODEBRIDACA	AO MINI ACC 2,2/2,8 L 80 892580500	<u> _</u>   1	_ _ _ , _	_  1				
80356130060		BIONEURO COMER	CIO DE PRODUTOS PARA SAUDE LTDA							
3- <b>00496529</b>	CAI		AO MINI ACCS 2,2 / 2,8 L 80 892590500	<u>  1</u>	_ _ _ ,	_  1				
80356130060			CIO DE PRODUTOS PARA SAUDE LTDA							
4- 76220001	EXF		CULACAO - 310-2000 - EXPERT - FIXADOR	<u> </u>		_  2  _ _ , _				
10247700118		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
5-   _	_	111111								
6-		IIIIII		 		_ <del> </del>				
	_!!!! 					_				
24 - Especificação do Material		1-1-1-1-1-1-1-		IIII						
2. Espesificação do Indiana.										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 14/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura o	lo Responsável pela Autorização					