

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91437642

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído r	oela Operad	dora								
343269			•				914376	642				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de \ 05/06/2023 11:24 91437642			6 - Data de Vali		nha 8/2023							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira					ı	9 - /	Atendimento d	e RN				
0050000002371017				/2025			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome MARIA DA GLORIA A	NTUNES DES	SUNTI										
Dados do Contratado Solid	citante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado												
08.214.460/0001-24		HOS	PITAL O	TOCENTRO	DE LONI	DRINA I	LTDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante FERNANDO TAKAO CINAGAVA					- 11	15 - Conselho Profissional			- Número do Co <b>896</b>	onselho	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dad	os da Inte	rnação									
19 - Código na Operadora / C	11			I / Local Solicitad			_			1		ara Internação
08.214.460/0001-24				CENTRO DE						<u> </u>	2023 00:0	
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inte	rnação	24 - Regime	de Internação <b>1</b>	25 - Qtde	e. Diárias S <b>0</b>	Solicitadas 2	6 - Previsã	o de uso de OP <b>N</b>	ME   27 - I	Previsão de (	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica solicito cirurgia de ombro e												
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID 1	0(2) (opcio	onal) 31	- CID 10(3) (opo	cional)	32 - CID 1	10(4) (opcional	) 33 -	Indicação de A	cidente (a	cidente ou d	oença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	ssistenciais Soli	citados										
34 - Tabela         35 - Código o           1- 22         30735033           2- 22         30735068           3- 22         30735092           4- 18         60024151           5-	do Procedimento	ACF RUF TEN	PTURA D NOTOMIA JGUELTA	ASTIA - PRO O MANGUITO DA PORCAC XA DE APAR	ROTADO LONGA ELHO / E	OR - PR DO BIC EQUIPAI	OCEDIMEN EPS - PROG MENTO PAR	TO VIDE CEDIMEI RA ARTF	OARTROSO NTO VIDEO ROSCOPIA F	O 1 COP 1 ART 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1  1
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	40 - Qtde [	Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de A	comodaçã	ão autorizada	1				
42 - Código na Operadora /	CNPJ autorizado	43 - N	O Nome do Ho	spital / Local Aut	torizado							44 - Código CNES
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  08.214.460/0001-24  43 - Nome do Hospital / Local HOSPITAL OTOCENTE						DRINA I	LTDA					5301424
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 05/06/2023 / Empresa / Titular: ARLINDO DESSUNTI  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
46 - Data da Solicitação	II 47 - As	sinatura do	Profission	al Solicitante	48 - Assina	tura do Be	eneficiário ou l	Responsáv	el     49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização





Unimed A

## GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 - Nº Guia no Prestador DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia de Solid	citação de Internação		4 - Data da Autoria <b>04/07</b>	zação /2023 08:16						
5 - Senha					Operadora						
		91742963					91742963				
Dados do Beneficiário			_								
7 - Número da Carteira 31 - Nome Social											
0050000002371017											
8 - Nome											
MARIA DA GLORIA ANTUNES DESSUNTI											
Dados do Contratado Solicitante											
9 - Código na Operadora 10 - Nome do Contratado											
08.214.460/0001-24 HOSPITAL OTOCENTR			DE LONDRI	NA LTDA							
11 - Nome do Profissiona			11	elho Profissional	13 - Número do Con	11 1	15 - Código CBO				
FERNANDO TAKA	O CINAGAVA		06		19896	41	225270				
Dados da Internação			<b>_</b>								
16 - Qtde. diárias Adicionais Solicitadas   17 -Tipo da Acomodação Solicitada											
1		<u> </u>									
18 - Indicação Clínica solicito liberação de pa	acote										
	s Assistenciais Adicionais										
19 - Tabela 20 - Cód 1- <b>98 080119</b>	•	⊢- Descrição CT ARTROSCOPIA DE OME	DO ENEED	MADIA		22 - Qtde. Soli <b>1</b>	c. 23 - Qtde. Aut				
2-	/40 F	CI AKIKOSCOPIA DE OMI	SKO - ENFER	VIANIA							
3-   _											
4-											
5-  _ _						i_i_i_i	iii				
6-	_ _ _										
7-	_ _ _  _										
8-	_ _ _ _  _										
Dados da autorização											
24 - Qtde. Diárias Adicio	- 11	o da Acomodação Autorizada									
1	1										
26 - Justificativa da oper	adora										
27 - Observação / Justifi	cativa										
		Empresa / Titular: ARLINDO DE	ESSUNTI								
28 - Data da Solicitação	20 - Assinatura	do Profissional Solicitante 30	Assinatura da F	esponsával pela Au	torização						



Unimed A

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

· 11	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269	91437642			91437642		9143764			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000002371017									
8 - Nome	FUNES DESCURIT								
MARIA DA GLORIA AN									
Dados do Profissional Solicit			Talefore	114	1 - E-mail				
9 - Nome do profissional solicita FERNANDO TAKAO CIN			10 - Telefone						
	NAGAVA								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica 03 ACORAS JUGGERKNOT 02 LAMINAS SHAVER 01 GUIA FLEXIVEL PARA SUTURA 01 RADIO FREQUENCIA solicito cirurgia de ombro esquerdo									
Ü	'						į		
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição	rial no fabricanto	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização		citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autori	izado		
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fal 1- 00 71502653 ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNO			ERKNOTTM - 912060 JUGGERKNOTTM 2.9	I I 3		_  3    _ _ , _	. 1		
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		' <u> </u>  -		-'		
2- 00 00162477 CANULA MICRODEBRIDACAO AMC F 2,9X5,5MM 891710000				_  2		_  2	_		
80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA									
3- 00 00622494 GANCHO COMPRESSAO SUTURA BIP 74201000				<u> </u>	_ _ _ ,	_  1	_		
80356130057		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _					
4- 00 00608459	PON		ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA	1		_  1	-		
80082910131		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				.		
5-	-					_	-		
6-		IIIIII	-						
							-		
24 - Especificação do Material						<u> </u>	=		
25 - Observação / Justificativa	id 05/00/0000 / 5	/ Titules: ADI INDO DEG	ACCUNIT.						
Telefone Contratado: / Emit	ido em 05/06/2023 / Empr	esa / Titular: Arlindo des	SONII						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização				