

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91699217

(Via HOSPITAL)

		A										
1 - Registro ANS 3 - 343269	Número da Guia	Atribuido	pela Opera	dora			916992	217				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 91699217 6 - Data				6 - Data de Va		Senha 09/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carte	ira	9 -	Atendimento d	e RN	7			
0970000126131729 31/07/2023				//2023			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome APARECIDA DE JESUS ALMEIDA GOMES												
Dados do Contratado Solio		-										
12 - Código na Operadora	itarito	13 -	Nome do Co	ontratado								
1 1				AL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA								
14 - Nome do Profissional So RODRIGO SERIKAWA		os				15 - Conselho Profissional 16 - Número do 26535				onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dao	los da Int	ernacão					[
19 - Código na Operadora / C			•	I / Local Solicit	ado					21 - Data	sugerida p	ara Internação
08.271.755/0001-32			•	UCARIA DE		NA LTD	A			1	2023 00:0	-
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime	e de Internação 1	25 - Qt	de. Diárias	Solicitadas 2	?6 - Previsã	io de uso de OP	ME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 -	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacion 9		oença relacionada)	
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	citados										
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30726239 2- 22 30726034 3- 18 60000384 4- 18 60000805 5-	o Procedimento	RE AR DIA	TROPLAS ARIA DE A ARIA DE (STIA TOTAL ACOMPANH	DE JOEL ANTE CO DLETIVO	.HO CON M REFEI DE 2 LEI	I IMPLANTE CAO COMP TOS COM B	S - TRA LETA ANHEIR		SIC 1 CIR 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 3
8-		 								_ _ _	- - -	
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto	11	41 - Tipo de 1	Acomodaç	ão autorizada					
1			· //								44 - Código CNES 6074502	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 29/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO												
46 - Data da Solicitação	11 47 - As	sinatura d	to Profission	al Solicitante	11 48 - Assir	natura do B	eneticiário ou l	Kesponsá	vel II 49 - Ass	inatura do	Kesponsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 91699217	4 - Senha	91699217	5 - Data da Autorização 29/06/2023 11:19	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91699217				
Dados do Beneficiário		31033217		31033217	23/00/2023 11:13	31	033217			
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0970000126131729		25 Nome Goda								
8 - Nome										
APARECIDA DE JESUS	ALMEIDA GOMES									
Dados do Profissional Solici										
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	11	1 - E-mail					
RODRIGO SERIKAWA										
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica		emonstradas em exame físic	o e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico							
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização		citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Au	utorizado			
1- 74896466		LLICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-047-01 C	1		_ 1					
80044680257		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _						
2- 74904647 INSERTO ARTICULAR DE POLIETIL			DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	<u> 1</u>	_ _ _ ,	_ 1 _ , _	_			
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _						
3- 75572974	CIM		M ANTIBIOTICO - SUBITON - 880200 - TIPO	<u> </u> 2	_ _ ,	_ 2	_			
80802410009			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
4- 00 73992615	COI		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-015-52	_ 1	_ _ _ ,	_ 1	_			
80044680277 5-		AKTHROW COWER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _					
³⁻ -	- 					_	-11			
6-		1-1-1-1-1-1-1-					11			
					_,					
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 29/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					