

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93120145

(Via HOSPITAL)

"	Número da Guia A	stribuído pela Op	eradora									
343269					93120 ⁻	145						
4 - Data da Autorização 09/11/2023 09:	5 - Senha	9312014	11	alidade da Senha 05/12/2	023							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira		8 -	Validade da Carteir	ra	9 - Atendimento d	le RN						
9750000007380987					N							
50 - Nome Social												
10 - Nome WILSON MARVULLE NETO												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		13 - Nome de	o Contratado									
04.762.301/0001-03		HOSPITA	L DO CORACA	O DE LOND	RINA LTDA							
14 - Nome do Profissional Solicitante DANILO CANESIN DAL MOLIN				15 - Conselho Profissional 16 - Número do 24619		- 11	Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270					
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dado:	s da Internação)									
19 - Código na Operadora / C	NPJ 20	0 - Nome do Hos	spital / Local Solicita	ado			21 - Data sugerida para Internação					
04.762.301/0001-03	Н	IOSPITAL D	O CORACAO D	E LONDRIN	LTDA		13/11/2023 00:00					
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Interr	nação 24 - Re	gime de Internação	25 - Qtde. D	árias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OP	PME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico					
2	С		1		1	S	N					
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)		(2) (opcional)	ocional) 31 - CID 10(3) (opcional)		CID 10(4) (opcional	I) 33 - Indicação de A	Acidente (acidente ou doença relacionada) 9					
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solici	tados										
1- 22 30735068 2- 22 30735050 3- 22 30735041 4- 18 60000805 5- 18 60024151 6-	Procedimento	LUXACAO LESAO L DIARIA D ALUGUEI	A DO MANGUIT O GLENO-UMER ABRAL - PROC E QUARTO CO LTAXA DE APA	RAL - PROCE EDIMENTO V PLETIVO DE 2 RELHO / EQI	DIMENTO VIDEO IDEOARTROSC LEITOS COM B		DE O 1 1 1 1 1/0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 40	0 - Qtde Diárias 1	Autorizadas 4		odação autorizada							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 04.762.301/0001-03 43 - Nome do Hospital / Lo HOSPITAL DO COR					RINA LTDA	_	44 - Código CNES 2758083					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 09/11/2023 /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												



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

Unimed #

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	rciada 4 -	- Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	o pela Operadora
343269	o mamoro da Gala mororon	93120145	000	93120145		3 09:38 9312014	
Dados do Beneficiário		00.120.10			33711723233333		00.20.10
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
9750000007380987		25 Nome Coda					
8 - Nome							
WILSON MARVULLE N	ETO						
Dados do Profissional Solicit							
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	11	1 - E-mail		
DANILO CANESIN DAL MOLIN							
Dados da cirurgia							
	DE OMBRO ESQUERDO	+ SLAP + TENDINOPATIA DO I SLAP TENDINOPATIA DO MA					
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M	aterial 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do material r	no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00241202	•		25X90MM PARTRO009	<u> 1</u>	,	_ 1	_,
80371250020		ARTHROM COMERCIO	DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _			
			KNOTTM - 912068 ANCORA FLEXIVEL J	6	, ,	_ 6	,
80044680086			DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _			
			D 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1	, ,	_ 1	_,
80743230025			DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _ _		
4- 00 00162477	CAN		AMC F 2,9X5,5MM 891710000	1	, ,	_ 1	_,
80356130052		ARTHROM COMERCIO	DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5-	-				_ _ _ _ _		_,
	_		-		_!	_	
6-	- -				_	_l	_ ,
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa	·	<u> </u>					
Telefone Contratado: (43)33	315-2000 / Emitido em 09/	11/2023 /AUTORIZADO CONFO	ORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular:	UNIMED DO ESTAD	O DO PARANA		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		