

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93008140

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núm	Número da Guia Atribuído pela Operadora 93008140									
4 - Data da Autorização	<u> </u>	5 - Senha		6 - Data de Valid	dade da Senha		•••••				
30/10/202	3 09:11		93008140		29/12/20	23					
Dados do Beneficiári	0					<u>—</u>					
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira		9 - Atendiment					
005000000692094	15		06/0	6/2024		N	l				
50 - Nome Social											
10 - Nome	ICAO ED	ECATO									
Dados do Contratado											
12 - Código na Operad 78.613.841/0001- 6			13 - Nome do C	ontratado AO EVANGELI	CA BENEFI	CENTE DE L	ONDR	INA			
14 - Nome do Profissio		† i	15 - Conselho Profissional 16 - Número d			11 11					
CARLOS AUGUS		06	06 29716				41	225270			
Dados do Hospital / I			,	al / Local Solicitado					24 Dot	la augarida r	ara Internação
19 - Código na Operad 78.613.841/0001-	- 11		FICENTE DE LONDRINA			21 - Data sugerida para Internação 23/11/2023 00:00					
22 - Caráter do Atendim	ento 23	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. Dia	rias Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPI N	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápio
28 - Indicação Clínica											
29 - CID 10 Principal (d	ppcional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 -	CID 10(4) (opcio	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	acidente ou d	doença relacionada
										9	
Procedimentos ou Ite									07	7 04-1- 0-1	:- 20 Otd- A
34 - Tabela 35 - Co 1- 22 3073 5		ocedimento			CEDIMENTO	VIDEOARTR	roscoi	PICO DE OMBR		7 - Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 30735								ITO VIDEOARTE			1
3- 22 3073 5	8900		RUPTURA I	OO MANGUITO	ROTADOR -	PROCEDIM	ENTO V	/IDEOARTROSC	OP 1		1
4- 22 30735						BICEPS - PR	ROCEDI	MENTO VIDEO			1
5- 18 60000				APARTAMENT		DAMENTO E	3 A D A A	DTDOSCODIA I	1		1
6- 18 6002 4 7- _ _	1 	1 1 1 1	ALUGUELI	AAA DE APAK	ELHO / EQU	PAMENIOF	AKA A	RTROSCOPIA F	PAR 1	1.1.1	1
8- _									i	_ _	 _
9- _									i_	 	
10- _	_ _								L	_ _ _	_
11- _	_ _	_ _							l_	_ _ _	
12-	_ _								l_		
Dados da autorizaçã	0										
39 - Data provável da /	Admissão h	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Aut 1	torizadas 41 12	- Tipo de Acom	dação autoriza	da				
42 - Código na Operad		J autorizado	t	lospital / Local Auto		CENTE DE :	ONIDE	INIA			44 - Código CNES
78.613.841/0001-6 45 - Observação / Just			ASSOCIACA	AO EVANGELI	CA BENEFI	ENTE DE L	LONDR	INA			2550792
Telefone Contratado		3-1000 / Emitid	o em 30/10/202	3 / Empresa / Tite	ular: CLEUZA	CONCEICAO	FREGAT	го			
46 - Data da Solicitaçã	0	47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura	do Beneficiário	ou Respo	onsável 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 93008140 93008140 30/10/2023 09:11 93008140 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000006920945 8 - Nome **CLEUZA CONCEICAO FREGATO** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **CARLOS AUGUSTO SA CARNEIRO** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica LESAO DO MANGUITO ROTADOR DO OMBRO DIREITO LESAO DO MANGUITO ROTADOR OMBRO DIREITO **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 1- 00 101097077 FASTFIT ANCHOR RAZEK - 500120095 - 2,5 (FFA 22-25L) 80356130205 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 2- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 74683101 CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 009 11 70 85 CANULA CO 3- 00 80777280003 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4- 00 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |__|_|,|__| 5- 00 00596221 **GUIA FLEXIVEL PASSADOR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M** 80743230002 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 6-24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 30/10/2023 / Empresa / Titular: CLEUZA CONCEICAO FREGATO 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização