



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89772496

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89772496			
4 - Data da Autorização 09/01/2023 14:42		5 - Senha 89772496		6 - Data de Validade da Senha 10/03/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0970000008634828		8 - Validade da Carteira 31/05/2024		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome BRUNO OLIVIERI GOMES				11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03		13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA			
14 - Nome do Profissional Solicitante DANILO CANESIN DAL MOLIN			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 24619
			17 - UF 41		18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 04.762.301/0001-03		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA			21 - Data sugerida para Internação 12/01/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento 2	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica pct com ruptura de biceps distal					
29-CID10 Principal (opcional)		30-CID10(2) (opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela 1- 22 2- 22 3- 18 4- <input type="text"/> 5- <input type="text"/> 6- <input type="text"/> 7- <input type="text"/> 8- <input type="text"/> 9- <input type="text"/> 10- <input type="text"/> 11- <input type="text"/> 12- <input type="text"/>	35 - Código do Procedimento 30720010 30731089 60000554 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	36 - Descrição ABAIXAMENTO MIOTENDINOSO NO ANTEBRACO TENODESE DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 2 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		40 - Qtde Diárias Autorizadas 2	41 - Tipo de acomodação autorizada 12		
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 04.762.301/0001-03		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA			44 - Código CNES 2758083
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 10815836902 em 09/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIO NAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO					
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>		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

89772496

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89772496	4 - Senha 89772496	5 - Data da Autorização 09/01/2023 14:42	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89772496
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0970000008634828	8 - Nome BRUNO OLIVIERI GOMES
---	---

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante DANILO CANESIN DAL MOLIN	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica pct com ruptura de biceps distal pct com ruptura de biceps distal AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIIGEM

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Item	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	72320893	DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC - 90	1	1		1	
80044680067		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	71876561	ANCORA COM SUTURA E APLICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 - A	2	2		2	
80083650063		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 10815836902 em 09/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIO NAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
--

26 - Data da Solicitação _ _ / _ _ / _ _ _ _	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---