

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93492814

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia A	tribuído	pela Opera	dora								
343269								9349	2814				
4 - Data da Autorização	1	5 - Senha		400044	6 - Data de Val								
13/12/2023			93	492814		13,	/02/2024						
Dados do Beneficiário	1			10. 1/5	:	_		Atendimento	de DN				
7 - Número da Carteira 975000001690150	1			8 - Vai	idade da Carteira	а	9-	Atendimento N					
50 - Nome Social	•												1
Joseph Morrie Godian													
10 - Nome													
LILIAN AMARAL [A SILV	SOUZA											
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operado	ra		13 - 1	Nome do Co	ontratado								
78.614.971/0001-1	9		IRM	ANDADE	DA SANTA	DE LONI							
14 - Nome do Profission							15 - Conselho Profissional			16 - Número do Conselho		17 - UF	18 - Código CBO
DANILO CANESIN							06 24619			24619		41	225270
Dados do Hospital / Lo				•									
19 - Código na Operado 78.614.971/0001-1		- 11		•	I / Local Solicita			1.4			1	a sugerida p 2023 00:0	ara Internação
									00.0			Previsão de uso de Quimioterápico	
22 - Caráter do Atendime 1	nto 23 -	Tipo de Interr C	nação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - 0	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OP S	ME 27 - 1	Previsão de i	N Quimioterápico
28 - Indicação Clínica LIPOMA 44cm EM O													
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			(2) (opcid	(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			oença relacionada)
Procedimentos ou Iter	ne Assiste	nciais Solici	tados										
34 - Tabela 35 - Cóo				Descrição							37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307350			AC	ROMIOPL	ASTIA - PRO	CEDIM	ENTO VII	DEOARTR	osco	PICO DE OMBR	0 1		1
2- 22 307170					RURGICA DA						1		1
3- 18 600008										IEIRO PRIVATIV			1
4- 18 			ALI	JGUELIA	AXA DE APAI	KELHU	/ EQUIPA	MENIOP	AKA A	RTROSCOPIA	PAR 1		1 1 1 1
6- _ _ _ _	 	 _									- 	_!!! _	 _
7- _	ii										i_		
8- _											I_	_	_ _
9-	_	_									l_	_	
10-	!!											_	
11- 12-		_ 									-	_	
			_								I_	_	III
Dados da autorização 39 - Data provável da A		snitalar 4	0 - Otde	Diárias Auto	orizadas 4	1 - Tipo de	- Acomodac	ão autorizad	la				
Data provavor da 7	arriioodo ric	Jophana 1	o Giao	1	1		o moomoda,	ao autorizad					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CN								44 - Código CNES 2580055					
45 - Observação / Justificativa													
Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 13/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN A													
46 - Data da Solicitação		47 - Assi	inatura d	n Profission	al Solicitante	48 - ^00	inatura do E	Seneficiário o	III Raen	onsável 140 - Acc	inatura do	Responsáv	el nela Autorização



Unimed A

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

· II	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		93492814		93492814	13/12/2023 14:52	93492814				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
9750000016901501										
8 - Nome										
LILIAN AMARAL DA SI	.VA SOUZA									
Dados do Profissional Solici	ante									
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail					
DANILO CANESIN DAL	MOLIN									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica LIPOMA 4,4cm EM OMBRO LIPOMA 44cm EM OMBRO AUTORIZADO CONFORME	DIREITO BURSITE									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	0 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4				
1- 00 100066879 81288540024	CAI		ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9- CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ - - - - - - - - - - - - - - - - -	_ 1	_ ,			
2-		AKTIKOM COMEK	olo de imi eattreoction ediocetra			_				
							1-1-1-1/1-1-1			
3- _					_ _ _ ,	_				
	_					_ _				
4- _					_ _ _ ,	_	_,			
	_				_ _ _ _ _	_				
5- _ _	-				_	_	,			
6-	_				_ _ _ _	 _				
	- - -					-ı ı—ı—ı—ı _ll	I—I—I—I ¹ I—I—I			
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 13/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA										
Telefone Contratado. (43)3373-1300 / Efficio enti 13/12/2023 AO TORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Effipresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAMA										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					
					, , ,					