

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94965190

(Via HOSPITAL)

"	Número da Guia A	tribuído pela Opera	dora		0.4064	F400				
343269 4 - Data da Autorização	5 - Senha	1	6 - Data de Valid	lada da Canha	9496	3190				
01/05/2024 13	11	94965190	6 - Data de Valid	30/06/2024						
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		11	lidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN				
0050000002429449		14/10	0/2025		N					
50 - Nome Social										
10 - Nome MARIA JULIETH GRA	CINO									
Dados do Contratado Soli										
12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61		13 - Nome do Co	ontratado AO EVANGELI	CA BENEFICE	NTE DE LO	ONDRI	INA			
14 - Nome do Profissional So	14 - Nome do Profissional Solicitante				15 - Conselho Profissional 16 - Número d 29657			11 11		18 - Código CBO 225295
Dados do Hospital / Local		s da Internação					23001][220200
19 - Código na Operadora / 0) - Nome do Hospita	al / Local Solicitado)			11	21 - Data	a sugerida p	ara Internação
78.613.841/0001-61	A	SSOCIACAO E	VANGELICA	BENEFICENT				25/05/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Intern	nação 24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPM S	IE 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico N
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID 10((2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CII	10(4) (opcion	al)	33 - Indicação de Ac	idente (a	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	ssistenciais Solicit	ados								
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30737044 2- 22 30737052 3- 22 30731089 4- 18 60000554 5- 18 60024151 6-	do Procedimento	RECONSTR TENODESE DIARIA DE	UCAO, RETEN APARTAMENT	CIONAMENTO	OU REFOR	CO DE	D E/OU PLASTIA E LIGAMENTO C RTROSCOPIA P	(E 1 OU 1 1	_ _	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
10- 11- 12- 11- 12-								- - -		
Dados da autorização		<u> </u>								
39 - Data provável da Admis	são hospitalar 40) - Qtde Diárias Aut 1	orizadas 41 - 12	- Tipo de Acomoda	ção autorizada	a				
42 - Código na Operadora / 78.613.841/0001-61	CNPJ autorizado	11	ospital / Local Auto		NTE DE LO	 Ondri	INA			44 - Código CNES 2550792
ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792										



Unimed A

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

1 - Registro ANS	 		4 - Senha	_		11	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		94965190		9	4965190	01/05/2024 13:04		94965190		
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0050000002429449										
8 - Nome										
MARIA JULIETH GRAC	CINO									
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone						I - E-mail				
GUILHERME OGAWA										
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica	~		,							
APRESENTA DISSOCIAÇA DISSOCIAÇÃO ESCAFO L			HO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO).						
DISSOCIAÇÃO ESCAPO L	UNAR EW PUNHO DIREIT	O								
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição					tado 19 - Qtde. Auto	rizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate					-	de Funcionamento				
1- 00 03084876 10247700123				•—•	2		. 2	,		
2- 00 101445288	UT/	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA HTA - HEADLESS TITANIUM ANCHOR - 315-17-01 NANO HTA 1,7 X 5,0			_ _ _ 	_ _ _				
10247700152			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS				. 1	,		
3- 00 101445300	HTA - HEADLESS TITANIUM ANCHOR - 31:				_ 1		1			
10247700152	1117	ARTHROM COMERCIO DE IMPL		, ii			., '	,		
4- 00 79454488	FIO				1		1			
10247700140	FIOS E FITAS DE SUTURA NAO ABSORVIVEIS - GMREIS - 3: ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDIO		•—•			.i '	I—I—I—I/I—I—I			
5- 00764744	CAL		O MINI ACC 2,8MM 892580300		III 2		2			
80356130060	OA!		CIO DE MATERIAIS HOSPITALARI	SEIREL III			.1 ~	'		
6- 00	MAI	LHA TRACAO DUPLA ME					1	_ _ , _		
80356130036			CIO DE MATERIAIS HOSPITALARI	 ES EIREL _			-1	11117111		
24 - Especificação do Materia				1						
2. Zoposmouguo uo matema	•									
25 - Observação / Justificativa										
		05/2024 / Empresa / Titular:	MARIA JULIETH GRACINO							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - A	ssinatura do	Responsável pela Autorização				
	11			- 11						