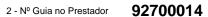


GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92700014

(Via HOSPITAL) 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 92700014 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 92700014 29/09/2023 12:02 28/11/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000001423552 01/12/2023 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome MARIA JOSE GARCEZ NOVAIS Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19 IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 17 - UF **DANILO CANESIN DAL MOLIN** 06 24619 41 225270 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 78.614.971/0001-19 IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 02/10/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação C 2 Ν 28 - Indicação Clínica RUPTURA TRAUMATICA DE SUBESCAPULAR QUEDA 10092023 ARTROSE ACROMIOCLAVICULAR LESÃO LABRAL 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 2- **22** 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 3- **22** 30735041 LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 4- 18 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 2 5- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 6- |__|_| 8- |__|_| 9- | | | 11-12-I I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 12 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 78.614.971/0001-19 IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 2580055 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 29/09/2023 / Empresa / Titular: MARIA JOSE GARCEZ NOVAIS 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	o pela Operadora
343269	92700014		92700014	29/09/2023 12:02		92700014
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000001423552						
8 - Nome						
MARIA JOSE GARCEZ	NOVAIS					
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone			11	- E-mail		
DANILO CANESIN DAL MOLIN						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica						
RUPTURA TRAUMATICA I	DE SUBESCAPULAR (QUEDA 10/09/2023); ARTROSE	E ACROMIOCLAVICULAR; LESÃO LABRAL.				
RUPTURA TRAUMATICA DE SUBESCAPULAR QUEDA 10092023 ARTROSE ACROMIOCLAVICULAR LESÃO LABRAL						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do I	Material 15 - Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 71502661		ERKNOTTM - 912068 ANCORA FLEXIVEL J	<u> 4</u>		_ 4	,
80044680086		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET				_ 2	_ ,
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3- 00 70917540 80777280003		PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	_ _ , _
4- 00 00596221		SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M			1	
80743230002		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ -	_ '	_ ,
5- 00 00116700		IPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			1	
80743230025		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-i ·	III''III
6-					_	_ _ ,
				_,		111/11
24 - Especificação do Materia						
.,,,						
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 29/09/2023 / Empresa / Titular: MARIA JOSE GARCEZ NOVAIS						
	17		11			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		