

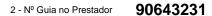
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90643231

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atr	ibuído pela Oper	adora							
343269						90643	3231				
4 - Data da Autorização	10.10	5 - Senha	22242224	6 - Data de Valid]					
28/03/2023	10:12		90643231		27/05/2023						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira				alidade da Carteira	1/9	- Atendimento	de RN	7			
0050000009980779			11	8/2023		N	uc m				
50 - Nome Social											
10 - Nome											
EDERSON FRANCI											
Dados do Contratado S 12 - Código na Operador		e 	13 - Nome do C	Contratado							
08.214.460/0001-24		•	1	OTOCENTRO I	DE LONDRINA	LTDA					
14 - Nome do Profissiona	l Solicitan	nte			15 - Con:	selho Profission	nal 16	- Número do Con	selho	17 - UF	18 - Código CBO
FERNANDO TAKA	O CINA	GAVA			06		19896			41	225270
Dados do Hospital / Lo			-								
19 - Código na Operador		11		tal / Local Solicitado		D.A.		- 11			ara Internação
08.214.460/0001-24							00 5 : ~			023 00:0	
22 - Caráter do Atendimen	10 23 -	Tipo de Interna	ıçao 24 - Regir	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diárias	s Solicitadas	26 - Previsa	io de uso de OPME N	: 27 - Pr	evisao de l	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica	L			•							
solicitação de cirurgia o	le ombro	direito									
29 - CID 10 Principal (op.	rional)	30 - CID 10(2	P) (oncional)	31 - CID 10(3) (opc	rional) 32 - CIF	10(4) (opciona	al) 33 -	Indicação de Aci	dente (aci	dente ou d	oença relacionada)
			,, (5)		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	(.) (.)			9		;
Procedimentos ou Itens											
34 - Tabela 35 - Códi 1- 22 307350		cedimento	36 - Descrição) PLASTIA - PRO(CEDIMENTO VI	DEOARTRO	SCOPIC	O DE OMBRO	37 - 1	Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 307350				DO MANGUITO							1
3- 22 307350				O LATERAL D							1
4- 18 600241	51		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQUIPA	MENTO PA	RA ARTE	ROSCOPIA PA	\R 1		1
5-											
Dados da autorização	! ~ .		044- 517		The de A		7				
39 - Data provável da Ad	missão ho	ospitalar 40	- Qtde Diárias Au 0	itorizadas 41 41 1	- Tipo de Acomoda	ção autorizada	1				
								44 - Código CNES 5301424			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 28/03/2023 / Empresa / Titular: EDERSON FRANCISCO DA SILVA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
40 - Data da Solicitação		4/ - Assin	atura do Profissio	mai Solicitante	40 - Assinatura do	beneficiario ou	kesponsá\	vei 49 - Assina	atura do R	esponsave	ei peia Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenc	oiada 90643231	4 - Senha	5 - Data da Autorização 28/03/2023 10:12	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 906432		
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000009980779							
8 - Nome	·						
EDERSON FRANCISC	O DA SILVA						
Dados do Profissional Solid	citante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	11	- E-mail		
FERNANDO TAKAO C	INAGAVA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica 3 ancoras juggerknot 7889 solicitação de cirurgia de o		radiofrequencia bipolar7863	2951/i guia flexivel para sutura MR - cotar na Arthr	om			
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mat		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00590045	LAM	IINA PARA SHAVER SET		_ 2		_ 2	_ _ , _
80777280006	DOM		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 00 00608459 80082910131	PUN		ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	_ _ , _
3- 00 00596221	CIII		SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M	-	_	I 1	
80743230002	Gui		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1		_ '	_ _ _ ,
4- 00 78890578	ANC		LICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - A			_ 3	_ _ _ ,
80083650087	ANO		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 3	
5-		AKTIIKOIII OOIIIEK	NO DE IMIL ENTILLOCKTOT EDIGOGETDA				_ _ _ ,
					_	-I	1
6-		IIIIII				_,, _	
	 					_ll	1-1-1-171-1-1
24 - Especificação do Materia	I						
25 - Observação / Justificativa		/=:					
Telefone Contratado: / En	nitido em 28/03/2023 / Empre	esa / Titular: EDERSON FR/	ANCISCO DA SILVA				
OO Date to Outlining	107 A	Control Out the state		100 4	Decree Calculate A to the W		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	otissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		