

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92740394

(Via HOSPITAL)

1 1	da Guia Atribuído	o pela Operadora						
343269				92740394				
4 - Data da Autorização 5 03/10/2023 17:18	- Senha	6 - Data de Va	04/12/2023					
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Cartei	ra 9 - A	tendimento de RN				
9750000007483344		15/07/2024		N				
50 - Nome Social								
10 - Nome								
EDSON APARECIDO NONES	5							
Dados do Contratado Solicitante	1 42	- Nome do Contratado						
12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19	11	- Nome do Contratado MANDADE DA SANTA	A CASA DE LONDE	RINA				
14 - Nome do Profissional Solicitante			15 - Consel	ho Profissional	16 - Número do Cor	nselho 17 - UF 18 - Código CBO		
DANILO CANESIN DAL MOL	.IN		06		24619	41 225270		
Dados do Hospital / Local Solicitad	do / Dados da In	nternação						
19 - Código na Operadora / CNPJ	11	ne do Hospital / Local Solicit			- 11	21 - Data sugerida para Internação		
78.614.971/0001-19		NDADE DA SANTA CA				09/10/2023 00:00		
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tip	oo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias S	olicitadas   26 - P	revisão de uso de OPM <b>S</b>	E 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N		
28 - Indicação Clínica								
RUPTURA TRAUMATICA DE SUI	BESCAPULAR A	ARTROSE ACROMIOCLA	VICULAR					
						•		
29 - CID 10 Principal (opcional) 3	0 - CID 10(2) (opo	cional) 31 - CID 10(3) (c	ncional) 32 - CID 10	0(4) (opcional)	33 - Indicação do Aci	dente (acidente ou doença relacionada)		
25 OID TOT IIIIOIPAI (opoionai)	0 010 10(2) (000			o(4) (opolorici)	CO maioayao ao 7 oi	9		
Procedimentos ou Itens Assistenci	iais Solicitados							
34 - Tabela 35 - Código do Proce	dimento 36	- Descrição				37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.		
1- 22 30735033		CROMIOPLASTIA - PR						
2- 22 30735068		UPTURA DO MANGUIT						
3- 22 30735084		ESSECCAO LATERAL						
4- 18 60000805 5- 18 60024151		IARIA DE QUARTO CO LUGUELTAXA DE APA						
6-	1 1 1	LUGULLIANA DL AFA	INCELIO / EQUIFAIV	ILITIO FARA	KINOSCOFIA FA	·		
7-	-   							
8-								
9-								
10-						_		
11-						_		
12-	_							
Dados da autorização								
39 - Data provável da Admissão hosp	oitalar 40 - Qtde	e Diárias Autorizadas 2	1 - Tipo de Acomodaçã I	o autorizada				
42 - Código na Operadora / CNPJ au	itorizado 43 -	- Nome do Hospital / Local A	utorizado			44 - Código CNES		
78.614.971/0001-19   IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA   2580055								
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-15	Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 03/10/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN							
A								





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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora
343269	92740394		92740394		03/10/2023 17:18	9274039
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social				
9750000007483344						
8 - Nome						
EDSON APARECIDO N	ONES					
Dados do Profissional Solici						
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	11	I - E-mail	
DANILO CANESIN DAL	MOLIN					
Dados da cirurgia						
	E SUBESCAPULAR ART	ROSE ACROMIOCLAVICUI ROSE ACROMIOCLAVICUL				
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizad
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	
1- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER SET	ORMED - 001030306 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ ,	_  2   _ ,
80777280006 2- 00 70917540	CAI		PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO			
80777280003	CAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_    	_  1
3- <b>00 00116700</b>	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			_  1
80743230025	OA!		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_
4- 00 00596221	GUI		SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M			_  1     _ ,
80743230002			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
5- <b>71502661</b>	ANG	CORAS FLEXIVEIS JUGG	ERKNOTTM - 912068 ANCORA FLEXIVEL J	4		_  4
80044680086		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	· · ·		
6-					_	
24 - Especificação do Material				11111		
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	373-1500 / Emitido em 03/	10/2023 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titulai	: UNIMED DO ESTAD	OO DO PARANA	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	