

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92787739

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	Número da Guia	Atribuído	nela Onera	dora								
343269	Trumoro da Cuit	, , unbuldo	pola opola				9278	7739				
4 - Data da Autorização 08/10/2023 21	5 - Senha		2787739	6 - Data de Val		Senha 12/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
0050000004276364 24/04/2025 50 - Nome Social							N					
Co ridino desia:												
10 - Nome RUTH MAMI TATEIW	A KANAI											
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA												
14 - Nome do Profissional S	olicitante						elho Profissio	nal	16 - Número do C	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
RAFAEL LEITE DE PI	NHO TAVAR	ES				06			23538		41	225270
Dados do Hospital / Local 19 - Código na Operadora /			•	al / Local Solicitad	do					21 Dote	o cugorido e	para Internação
04.762.301/0001-03	OINI 3			CORACAO DI		RINA LT	DA			Zi-Date	i sugeriua į	Jara IIIterriação
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regim	e de Internação	25 - Qt	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Prev	visão de uso de OF	PME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
1	С			1		2			S			
28 - Indicação Clínica DOR INTENSA NO QUAD	RIL ESQUERD	00										
29 - CID 10 Principal (opcior	al) 30 - CID	10(2) (opci	onal) 3	1 - CID 10(3) (op	cional)	32 - CID	10(4) (opcion	nal) 3	3 - Indicação de	Acidente (a	cidente ou	doença relacionada)
			,	.,,,,	,			,	•	`	9	, ,
Procedimentos ou Itens A												
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30724058	do Procedimento		Descrição TROPLAS	STIA (QUALQ	UER TE	CNICA O	U VERSA	O DE Q	UADRIL) - TR		- Qtde. So	lic. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 18 60000554				APARTAMEN					·	2		2
3-		<u> </u>								_	_	
5-		- 								_	 - _	_ _
6-	_ _ _ _	<u> </u>								_	_	_ _ _
9-	_ _ _ _	!								<u> </u> _	_	_ _ _
10- _ . 11-	_ _ _ _	<u> </u>								_	_	
12-	 									_		 _
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admissão hospitalar 2 41 - Tipo de Acomodação autorizada 12												
							44 - Código CNES 2758083					
45 - Observação / Justificativa												
Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 08/10/2023 / Empresa / Titular: RUTH MAMI TATEIWA KANAI												
46 - Data da Solicitação	47 - A	ssinatura d	lo Profission	nal Solicitante	48 - Assii	natura do E	eneficiário o	u Respon	sável 49 - As	sinatura do	Responsáv	vel pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela C	o da Guia atribuído pela Operadora	
343269		92787739		92787739	08/10/2023 21:00		92787739	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000004276364								
8 - Nome								
RUTH MAMI TATEIWA	KANAI							
Dados do Profissional Solid								
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	11	1 - E-mail			
RAFAEL LEITE DE PIN	NHO TAVARES							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica EM ANEXO DOR INTENSA NO QUADA	RIL ESQUERDO							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Val	or Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização - 00-8	de Funcionamento			
1- 73984736 ACETABULO POLIETILENO IMPA			MPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI			_ 1 _	_ _ ,	
				11				
2- 74900889 CUPULA ACETABULAR METALICA 80044680269 ARTHROM COMERCIO DE			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI	•—•		_ 1 _	_ _ ,	
3- 74898680						1		
80044680261	COI		ARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI	·•		-1 ' 1-	_ _ ,	
4- 74004379	CVI		RAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02			1	_ _ , _	
80044680330	OAL		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE	,, ' Δ	: : : : : : -	-! ' !!-	_	
5- 72397888	CIM		TOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDAR	1111111111111111		2	_ _ , _	
10243070062	Ollin		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE		: : : : : : -	-1 -	_	
6- 00737470	COL		RESSURIZACAO 608.017.00001	··· <u> </u>		1	_ _ , _	
80693380005			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI)A .		-1 · 11-		
24 - Especificação do Materia	ı							
	3315-2000 / Emitido em 08/		RUTH MAMI TATEIWA KANAI					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	otissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed &

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 92787739	4 - Senha	92787739	5 - Data da Autorização 08/10/2023 21:00	6 - Número da Guia atribuíd	o pela Operadora 92787739			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social								
0050000004276364									
8 - Nome									
RUTH MAMI TATEIWA	KANAI								
Dados do Profissional Solici									
9 - Nome do profissional solicit		10 - Telefone	11	1 - E-mail					
RAFAEL LEITE DE PIN	HO TAVARES								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica EM ANEXO DOR INTENSA NO QUADR	IL ESQUERDO								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate 7- 74327860			23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
80175510058		CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-20 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 2	_ _ , _			
8- 77657489		1.00021 / 09.32.01.00021 RESTRITOR PAR			1	,			
10417940039		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u></u>		-1 .	1			
9- _					_	_ _ , _			
		_ _ _							
10- _				_	_	,			
		 _ _ _ _ 		_ _ _	_				
11-				_	_ _	,			
				_ _ _ _ _	_				
12- _				_	_	,			
24 - Especificação do Material									
, ,									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 08/10/2023 / Empresa / Titular: RUTH MAMI TATEIWA KANAI									
Telefone Contratado: (43)33	315-2000 / Emitido em 08/10/2023 / Empresa / Titular: F	RUTH MAMI TATEIWA KANAI							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					