



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89658412

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89658412			
4 - Data da Autorização 21/12/2022 15:06		5 - Senha 89658412		6 - Data de Validade da Senha 19/02/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 9759005005152006		8 - Validade da Carteira 31/07/2024		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome VITOR HUGO SOARES MACHADO				11 - Cartão Nacional de Saúde 705805453425537	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32		13 - Nome do Contratado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA			
14 - Nome do Profissional Solicitante VINICIUS RIBEIRO MENEGAZZO			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 32298
			17 - UF 41		18 - Código CBO
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 08.271.755/0001-32		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA			21 - Data sugerida para Internação 29/12/2022 07:00
22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica pedido médico em anexo					
29-CID10 Principal (opcional)					
30-CID10(2) (opcional)					
31-CID10(3) (opcional)					
32-CID10(4) (opcional)					
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9					
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela 1- 22 2- 18 3- <input type="text"/> 4- <input type="text"/> 5- <input type="text"/> 6- <input type="text"/> 7- <input type="text"/> 8- <input type="text"/> 9- <input type="text"/> 10- <input type="text"/> 11- <input type="text"/> 12- <input type="text"/>	35 - Código do Procedimento 30729203 60000554 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	36 - Descrição OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		37 - Qtde. Solic. 1 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	38 - Qtde. Aut. 1 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		40 - Qtde Diárias Autorizadas 1		41 - Tipo de acomodação autorizada 12	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 08.271.755/0001-32		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA			44 - Código CNES 6074502
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido Por: RODRIGUES_BEATRIZ em 21/12/2022 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM - MEDICO NÃO COOPE RADO **GUIA VÁLIDA SOMENTE P/AS DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA DE PLANTAO. HONORÁRIOS MEDICOS POR CONTA DO CLIENTE. **PLAN O REGULAMENTADO. / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA					
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	



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

2 - Nº

89658412

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89658412	4 - Senha 89658412	5 - Data da Autorização 21/12/2022 15:06	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89658412
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 9759005005152006	8 - Nome VITOR HUGO SOARES MACHADO
---	--

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante VINICIUS RIBEIRO MENEGAZZO	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
opme em anexo no pedido médico
pedido médico em anexo
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM - MEDICO NÃO COOPERADO **GUIA VÁLIDA SOMENTE P/AS DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA DE PLANTAO. HONORÁRIOS MEDICOS POR CONTA DO CLIENTE. **PLANO REGULAMENTADO

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Item	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do material		22 - Referência do material no fabricante			23 - Nº Autorização de Funcionamento		
1- 00	70064547	BROCAS CIRURGICAS STRYKER - 1608002101-BROCA LATERAL SHANN		1		1	
80005430110		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2-							
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido Por: RODRIGUES_BEATRIZ em 21/12/2022 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM - MEDICO NÃO COOPERADO **GUIA VÁLIDA SOMENTE P/AS DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA DE PLANTAO. HONORÁRIOS MEDICOS POR CONTA DO CLIENTE. **PLANO REGULAMENTADO. / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

26 - Data da Solicitação _ _ / _ _ / _ _ _ _	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---