

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92038591

(Via HOSPITAL)

1. Registro ANS   343269   3 - Número da Guia Atribuldo pela Operadora   92038591   6 - Data de Validade da Senha   01/10/2023     2. Dato da Autorização   31/07/2023 14:18   5 - Senha   92038591   6 - Data de Validade da Senha   01/10/2023     3. Número da Carteira   8 - Validade da Carteira   31/12/2023   9 - Atendimento de RN   147000000192/1567   8 - Validade da Carteira   10 - Nome   MARIA KATSUI AIDA     3. Nome Social   10 - Nome   MARIA KATSUI AIDA   13 - Nome do Contratado   HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA   16 - Número do Conselho   17 - UF   18 - Código de Operadora   18 - Número do Conselho   19896   17 - UF   18 - Código do Operadora   19 - Código na Operadora / CNPJ   HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA   12 - Data sugerida para Internação   20 - Nome do Hospital / Local Solicitado   19 - Código na Operadora / CNPJ   HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA   21 - Data sugerida para Internação   22 - Caráter do Atendimento   23 - Tipo de Internação   24 - Regime de Internação   25 - Cideo Diárias Solicitadas   26 - Previsão de uso de OPME   27 - Previsão de uso de Oumiste   1   28 - Indicação Clínica   Solicitação de cirurgia   Solic	"	mero da Guia Atrib	huído nela Onerac	dora								
Dados do Beneficiário   7 - Número da Carteira   8 - Validade da Carteira   31/12/2023   9 - Atendimento de RN   1470000001921567   31/12/2023   9 - Atendimento de RN   N     10 - Nome   Social   10 - Nome   MARIA KATSUI AIDA		mero da Guia Atrib	вино рега Орегас			92038591						
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira 147000001921567  8 - Validade da Carteira 31/12/2023  9 - Atendimento de RN N  50 - Nome Social  10 - Nome MARIA KATSUI AIDA  Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Operadora 08.214.460/0001-24  14 - Nome do Profissional Solicitante  FERNANDO TAKAO CINAGAVA  Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação  19 - Código na Operadora / CNPJ Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação  19 - Código na Operadora / CNPJ Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação  12 - Caráter do Atendimento C 12 - Regime de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas C 15 - Otrevisão de uso de OPME C 1 S N  28 - Indicação Clínica	i	11	02038501		1							
To Nome Social   Solution   Sol												
To - Nome   Name   Na			8 - Vali	dade da Carteira	9 - Atend	dimento de RN						
10 - Nome   MARIA KATSUI AIDA	147000001921567		31/12	/2023		N						
MARIA KATSUI AIDA  Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Operadora  08.214.460/0001-24  I4 - Nome do Profissional Solicitante  FERNANDO TAKAO CINAGAVA  Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação  19 - Código na Operadora / CNPJ  08.214.460/0001-24  Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação  19 - Código na Operadora / CNPJ  08.214.460/0001-24  Dados do Atendimento  10 - Vimero do Conselho  10 - Vimero	50 - Nome Social											
MARIA KATSUI AIDA  Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Operadora  08.214.460/0001-24  I4 - Nome do Profissional Solicitante  FERNANDO TAKAO CINAGAVA  Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação  19 - Código na Operadora / CNPJ  08.214.460/0001-24  Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação  19 - Código na Operadora / CNPJ  08.214.460/0001-24  Dados do Atendimento  10 - Vimero do Conselho  10 - Vimero	10 - Nome											
12 - Código na Operadora   13 - Nome do Contratado   HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA   14 - Nome do Profissional Solicitante   15 - Conselho Profissional   16 - Número do Conselho   17 - UF   18 - Código Conselho   19896   17 - UF   18 - Código Conselho   19896												
HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA   14 - Nome do Profissional Solicitante   15 - Conselho Profissional   16 - Número do Conselho   17 - UF   18 - Código C   225270   2252	Dados do Contratado Solicita	nte										
14 - Nome do Profissional Solicitante FERNANDO TAKAO CINAGAVA  Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação  19 - Código na Operadora / CNPJ  08.214.460/0001-24  Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação  19 - Código na Operadora / CNPJ  08.214.460/0001-24  Dados do Hospital / Local Solicitado / Hospital / Local Solicitado  15 - Conselho Profissional  16 - Número do Conselho  17 - UF  41	,					\ A						
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação   19 - Código na Operadora / CNPJ   20 - Nome do Hospital / Local Solicitado   15/08/2023 00:00   21 - Data sugerida para Internação   15/08/2023 00:00   22 - Caráter do Atendimento   C   1   S   26 - Previsão de uso de OPME   27 - Previsão de uso de Químiote   N   28 - Indicação Clínica   28 - Indicação Clínica   29 - Previsão de uso de OPME   27 - Previsão de uso de OPME   28 - Previsão de uso de OPME   29 - PREVISÃO   2		ante	HUSPITAL U	TOCENTRO DE LO			16 - Número do Co	nsalho 17 - HE 18 - Código CB				
19 - Código na Operadora / CNPJ  08.214.460/0001-24  20 - Nome do Hospital / Local Solicitado  HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA  21 - Data sugerida para Internação  15/08/2023 00:00  22 - Caráter do Atendimento  1												
08.214.460/0001-24     HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA     15/08/2023 00:00       22 - Caráter do Atendimento 1     23 - Tipo de Internação C     24 - Regime de Internação 1     25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1     26 - Previsão de uso de OPME S     27 - Previsão de uso de Químiote N       28 - Indicação Clínica	Dados do Hospital / Local Sol	icitado / Dados d	da Internação									
22 - Caráter do Atendimento 1	· '	11	•									
1         C         1         1         S         N           28 - Indicação Clínica         N												
	1		ção    24 - Regime	- II		tadas   26 - Pre		i i				
solicitação de cirurgia												
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 relacional) 9	29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID 10(2)	(opcional) 31	- CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4)	(opcional)	33 - Indicação de Ad	,				
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados												
34 - Tabela   35 - Código do Procedimento   36 - Descrição   37 - Qtde. Solic.   38 - Qtde.   1- 22   30733103   INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET   1   1   1   1   1   1   1   1   1	1- 22 30733103 2- 22 30726212 3- 18 60000384 4- 18 60000805 5- 18 60024151 6-	Procedimento	MENISCORR DIARIA DE A DIARIA DE ( ALUGUELTA	AFIA - TRATAMEN COMPANHANTE C QUARTO COLETIVO	TO CIRURGICO OM REFEICAC D DE 2 LEITOS / EQUIPAMEN	O COMPLETA COM BANH NTO PARA A	A EIRO PRIVATIVO RTROSCOPIA P	ET 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				
10-              11-              12-	9-											
Dados da autorização	10- 11- 11-	_ _ _										
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1 1 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1	10-							_ _   _				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CN 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 5301424	10-	hospitalar 40 - 4		- 11	de Acomodação au	utorizada						
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 31/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPER A DE TRABALHO MEDICO  46 - Data da Solicitação   47 - Assinatura do Profissional Solicitante   48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   49 - Assinatura do Responsável pela Autoriza	10-	PJ autorizado	1 43 - Nome do Ho	1 espital / Local Autorizado				44 - Código CNE				



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		92038591		92038591	31/07/2023 14:18		92038591
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1470000001921567							
8 - Nome							
MARIA KATSUI AIDA							
Dados do Profissional Solic							
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	1 - E-mail		
FERNANDO TAKAO C	NAGAVA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica 1 lamina de shaver. Cotar p solicitação de cirurgia AUTORIZADO CONFORM							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- <b>00590045</b>		22 - Referência do mater WINA PARA SHAVER SET		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4	
80777280006	LAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1	,
2-	11111	7.11.11.10.11. GG.III.2.11.	510 52 mm 2/111/2001(10: 251000215/1			_	_ ,
	_ _ _				_	_i	1-1-1-1/1-1-1
3-   _					_   _ _ ,	_	,
						_ _	
4-   _	_ _ _		<del></del>		_	_ _	,
	_ _ _	_ _ _			_ _ _ _ _	_ _	
5-   _      _ _    1   1   1   1   1   1   1						_	,
6-	<del>     </del>	1-1-1-1-1-1-1-				 -	_ _ _ ,
						_,,, _	1-1-1-1-1/1-1-1
24 - Especificação do Materia							
25 - Observação / Justificativa		ORIZADO CONFORME LINIA	MED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED C	ORNELIO PROCOPIO	COOPERATIVA DE TRARALHO I	MEDICO	
Tolelone Contratado. / Ell	11100 GIII 3 1/01/2023 /AUTC	SINEADO OONI OININE UNIN	MED DE OMOLINI / Emplesa / Indial. OMINIED C	CHIVELIO I NOCOPIO	OOO! ENATIVA DE TRADALHOT	MEDIOO	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		