

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95786891

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	- Número da Gu	ia Atribuído	pela Opera	dora		957	86891				
4 - Data da Autorização 12/07/2024 1	5 - Senh		786891	6 - Data de Valida	ade da Senha			1			
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira		9 - Atendimen	to de RN				
0050000032114390			31/12	2/2025			N				
50 - Nome Social											
10 - Nome ANTONIO PEREIRA SALES FILHO											
Dados do Contratado So	licitante										
12 - Código na Operadora		13 - 1	Nome do C	ontratado							
08.271.755/0001-32		НО	SPITAL A	ARAUCARIA D	E LONDRI	NA LTDA					
14 - Nome do Profissional S	Solicitante				15 -	Conselho Profiss	sional	16 - Número do Cor	selho	17 - UF	18 - Código CBO
JULIO DE CASTRO I	NETO					06		14390		41	225270
Dados do Hospital / Loca	l Solicitado / Da	ados da Inte	ernação		,,						
19 - Código na Operadora	CNPJ	11		al / Local Solicitado					21 - Data :	sugerida p	ara Internação
08.271.755/0001-32		HOSPIT	AL ARA	UCARIA DE LO	ONDRINA	LTDA					
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Ir	, ii	24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde. D	iárias Solicitadas	26 - P	revisão de uso de OPM	27 - Pr	evisão de ι	uso de Quimioterápico
1	С			1		1		S			
28 - Indicação Clínica lesao em ombro direito											
29 - CID 10 Principal (opcic	nal) 30 - CID) 10(2) (opcie	onal) 3	1 - CID 10(3) (opci	onal) 32	- CID 10(4) (opci	onal)	33 - Indicação de Aci	dente (aci	dente ou d	oença relacionada)
M751									9)	
Procedimentos ou Itens A	Assistenciais So	olicitados									
	do Procediment		Descrição							Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30735033								PICO DE OMBRO	1		1
2- 22								NTO VIDEOARTRO VIDEOARTROSCO			1 1
4- 22 30735084								O VIDEOARTROS			1
5- 22 30735092								IMENTO VIDEOAI			1
6- 18 60000805	i	DIA	RIA DE	QUARTO COLE	ETIVO DE 2	LEITOS CO	M BAN	HEIRO PRIVATIVO	1		1
7- 18 60024151		AL	JGUELT	AXA DE APARE	ELHO / EQI	JIPAMENTO I	PARA A	ARTROSCOPIA PA	NR 1		1
8-		_								_	
9-		_!							_		
10- _		_								_	
11- _	- 	_l							 	_ _	_ _
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admi	ssão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut 1	orizadas 41 -	Tipo de Acor	nodação autoriza	ada				
42 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32	/ CNPJ autorizad	11		ospital / Local Auto		NA LTDA					44 - Código CNES 6074502
45 - Observação / Justificat	iva										
Telefone Contratado: (4: 01 - Referência: VM-04-0 em conta / Empresa / Titi	3)3371-2500 / E 11-01 - Qtde: 1	******materi	al não pad	dronizado para es	se procedim	ento conforme	consens	so - autorizamos mat			

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



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		4 - Senha		11	6 - Número da Guia atrib	· · ·				
343269		95786891		95786891	12/07/2024 11:09		95786891				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000032114390											
8 - Nome											
ANTONIO PEREIRA SALES FILHO											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicit	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail						
JULIO DE CASTRO NE	то										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica											
lesao em ombro direito											
lesao em ombro direito ****** > 00934631 - EQUIP	O IRRIGAÇÃO BOMBA IN	IFUSAO VIA PUMP LV/10K	VM Anvisa: 81841289001 - Referência: VM-04	-01-01 - Otde: 1 *****ma	terial não padronizado para esse r	procedimento conforme	consenso - autorizamos materi				
al de irrigação convencional		2									
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição	vial no fabricanto		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autoriza	da 20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fa 1- 00 100066879 CANULA DE DEBRIDAÇÃO ART HO			nai no iabhcaine ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9·	23 - Nº Autorização I I 2	de Funcionamento	_ 2	,				
81288540024				· _		_ 4	י				
			DESCARTAVEL - 2831-050/ 39.44.04.00050 -			_ 2					
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		1 <u> 1 1 1 1 </u>	_I *	IIII'!II				
			ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA	\		1					
80082910131			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	· <u> </u>		-1	11117111				
4- 00 00622494	GAI	NCHO COMPRESSAO SU		1		I 1					
80356130057			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		-1	1-1-1-1/1-1-1				
5-						_	,				
6- _				_	_ _ ,	_					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 12/07/2024 /***** > 00934631 - EQUIPO IRRIGACAO BOMBA INFUSAO VIA PUMP LV/10K VM Anvisa: 81841289001 - Referência: VM-04-01-01 - Qtde: 1 ******material não padronizado p											
ara esse procedimento conforme consenso - autorizamos material de irrigação convencional pago em conta / Empresa / Titular: AMCOR FLEXIBLES DO BRASIL INDUSTRIA E COMERCIO DE EMBALAGENS LTDA											
OO Date to Oalistica	107 Autor 15	· Control On Patrone		100 4	· Daniel A (cd. 7						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	Diissionai Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização						