

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90292670

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Gu	ia Atribuído p	oela Operac	dora			9029	2670					
4 - Data da Autorização 5 - Senha			6 - Data de Validad			1							
27/02/2023	08:36	90	292670		09/05/20	023							
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira			8 - Vali	dade da Carteira		1 9 - A	tendimento	de RN	\neg				
9700038000030780		29/02				N							
50 - Nome Social	50 - Nome Social												
10 - Nome JOAO HENRIQUE DE PADUA VASCONCELOS													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operador 08.214.460/0001-24		11	lome do Co	ntratado TOCENTRO D	DE LONDR	INIA I	TDA						
14 - Nome do Profissiona		ПОЗ	PITAL O	TOCENTROL				nnal 1	16 - 1	Número do Co	neelho	17 - UF	18 - Código CBO
FERNANDO TAKA						15 - Conselho Profissional 06			16 - Número do Conselh 19896		iiseiiio	41	225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solicitado / Da	dos da Inte	rnação										J L
19 - Código na Operador		1		I / Local Solicitado								-	para Internação
08.214.460/0001-24		HOSPIT	SPITAL OTOCENTRO DE LOND				ORINA LTDA			07/		7/03/2023 00:00	
22 - Caráter do Atendiment			24 - Regime	25 - Qtde. Di	25 - Qtde. Diárias Solicitadas			26 - Previsão de uso de OPME S		/IE 27	27 - Previsão de uso de Quimiotera N		
28 - Indicação Clínica solicitação de cirurgia o													
29 - CID 10 Principal (ope	cional) 30 - CID	10(2) (opcio	onal) 31	- CID 10(3) (opci	onal) 32 -	CID 10	0(4) (opcio	nal)	33 - Ir	ndicação de Ar	cidente (acidente ou 9	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens	Assistenciais Sc	licitados											
1- 22 307350 2- 22 307350 3- 22 307350 4- 98 080119 5- 18 600241 6-	68 84 40	ACF RUF RES PCT	PTURA DE SSECCAC FARTROS JGUELTA	ASTIA - PROC O MANGUITO D LATERAL DA SCOPIA DE OI XA DE APARE	ROTADOR A CLAVICU MBRO - EN ELHO / EQU	- PR(LA - F FERM JIPAM	DCEDIME PROCEDI IARIA IENTO P	ENTO V	/IDEC	DARTROSC DEOARTRO DSCOPIA P	OP 1 SC 1	 - 	iic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
Dados da autorização 39 - Data provável da Ad	missão hospitalar	40 - Otde F	Diárias Auto	rizadas 41 -	Tipo de Acon	nodacã	o autorizac	la					
1 1													
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 08.214.460/0001-24			43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA								44 - Código CNES 5301424		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 27/02/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFE DERACAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS													

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Unimed 12

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Refere	nciada 4 - Ser 90292670	nha	00000070	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído p			
343269		90292670		90292670	27/02/2023 08:36		90292670		
Dados do Beneficiário		1							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
9700038000030780									
8 - Nome									
JOAO HENRIQUE DE I		os ————————————————————————————————————							
Dados do Profissional Solic			7						
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	1 - E-mail				
FERNANDO TAKAO C	INAGAVA								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica 3 ancoras juggerknot//2 lam solicitação de cirurgia de or AUTORIZADO CONFORM	nbro esquerdo	equencia bipolar // 1 guia flexivel sutu	ura do MR						
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do I	Material 15 ·	- Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do material no fa		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 00596221			RA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M	1		_ 1	_ ,		
80743230002			E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
2- 00 00590045	LA	MINA PARA SHAVER SETORME				_ 2	,		
80777280006 3- 78632951	DO.		E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
80743230009	PU	NTEIRA DE ABLACAO RF - ELB.	E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ 	_ 1	,		
4- 00 78890578	ΔΝ		OOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - A			3			
80083650087	7.11		IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				,—I—I—I"I—I—I		
5-						_	_ _ , _		
						 _			
6-					_ _ , _	_	,		
	_ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _			
24 - Especificação do Materia									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: / Emitido em 27/02/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFEDERAÇÃO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do P	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização				