

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91846869

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - I 3 - I	Número da Guia A	Atribuído pela Ope	eradora		918468	169					
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid	lade da Senha	7						
12/07/2023 15:	9184686	9	18/09/202	3							
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		† †	/alidade da Carteira		- Atendimento de N	e RN					
0024432200131014 31/08/2023 50 - Nome Social					IN .			1			
10 - Nome LUCIA DIAS SOUZA											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 08.214.460/0001-24		13 - Nome do		OF LONDRIN	A I TDA						
08.214.460/0001-24 HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO											
FERNANDO TAKAO C	INAGAVA			06 19896		19896	11 11	225270 [°]			
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dado	s da Internação									
19 - Código na Operadora / C	11		oital / Local Solicitado				21 - Data sugerida par	a Internação			
08.214.460/0001-24			OCENTRO DE L				25/07/2023 00:00				
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inter	nação 24 - Reg	ime de Internação	25 - Qtde. Diár	11	6 - Previsão de uso de OF S	PME 27 - Previsão de us				
28 - Indicação Clínica solicitação de cirurgia de or	nhro direito										
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 relacionada)											
							9				
Procedimentos ou Itens As											
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30735033 2- 22 30735068 3- 22 30735084 4- 98 08011958 5- 18 60024151 6-	Procedimento	RUPTURA RESSECC PCT ARTF	PLASTIA - PROC DO MANGUITO AO LATERAL DA ROSCOPIA DE OI	ROTADOR - A CLAVICULA MBRO -APT	PROCEDIMEN - PROCEDIMI	SCOPICO DE OMBR TO VIDEOARTROS ENTO VIDEOARTRO RA ARTROSCOPIA	COP 1 OSC 1 1	38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1			
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	0 - Qtde Diárias A	utorizadas 41 -	Tipo de Acomo	ação autorizada	1					
		1	12								
42 - Código na Operadora / C 08.214.460/0001-24	NPJ autorizado	11	Hospital / Local Auto		A LTDA	_	11	4 - Código CNES 301424			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 12/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABA LHO MEDICO 46 - Data da Solicitação 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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	11		5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribu					
343269	91846869	9	91846869	12/07/2023 15:55		91846869				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social									
0024432200131014										
8 - Nome	•									
LUCIA DIAS SOUZA										
Dados do Profissional Soli	citante									
9 - Nome do profissional solic	itante	10 - Telefone	11	- E-mail						
FERNANDO TAKAO C	INAGAVA									
Dados da cirurgia										
3 ancoras juggerknot 7889 solicitação de cirurgia de o AUTORIZADO CONFORM		78632951/1 guia flexivel para sutura do manguito ro	tador/ cotar para arthrom							
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do	Material 15 - Descrição		16 - Opcão 17 - Qtde	. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde, Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mat		terial no fabricante	23 - Nº Autorização							
1- 71502718	ANCORAS FLEXIVEIS JUG	GERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J	3	, ,	_ 3	_ _ , _				
80044680086	ARTHROM COME	RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _							
2- 00590045	LAMINA PARA SHAVER SE	ETORMED - 001030306	2	, ,	_ 2	_ ,				
80777280006	ARTHROM COME	RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
3- 101068301	CANULA DISSECTORA BIF	POLAR RF - ELBART007 - ART BEVEL 3,0	_ 1	_ _ _ ,	_ 1	_ _ , _				
80743230075	ARTHROM COME	RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
4- 00596221	GUIA FLEXIVEL PASSADO	R SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226N	1	1 1 1 1 1 1	1					
80743230002	ARTHROM COME	RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			•					
5-										
					_,,, _					
6-			1 1 1 1		 _l	,				
24 - Especificação do Materia	ıl									
25 - Observação / Justificativ		WAS DE ODIOSIA (5		// DE TD / D /						
Telefone Contratado: / Emitido em 12/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO										
	11		1/							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização							