

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92899174

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - 1 3 - 1	Número da Guia A	tribuído pela Ope	radora		92899174						
4 - Data da Autorização 19/10/2023 11:	5 - Senha	92899174	6 - Data de Valid	dade da Senha 18/12/2023							
Dados do Beneficiário					_						
7 - Número da Carteira		8 - V	alidade da Carteira	9	- Atendimento de RI	N					
0050000000467629		31/1	10/2025		N						
50 - Nome Social											
10 - Nome											
FLAVIO ANTONIO BAG	CCARIN COST	ΓΑ									
Dados do Contratado Solici	tante										
12 - Código na Operadora		13 - Nome do		DE LONDON	A 1 TD A						
04.762.301/0001-03		HOSPITAL	DO CORACAO			11		1			
14 - Nome do Profissional Sol MAURICIO RODRIGUE				15 - Con 06	15 - Conselho Profissional 16 - Número do Cor 06 24650			17 - UF 41	18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Local S		s da Internação									
19 - Código na Operadora / C			ital / Local Solicitado	0			21 - Data	sugerida p	ara Internação		
04.762.301/0001-03	Н	OSPITAL DO	CORACAO DE	LONDRINA L	TDA		01/11/2	2023 00:0	0		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Interr	nação 24 - Regi	me de Internação	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas 26 - F	Previsão de uso de OP	PME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico		
1 28 - Indicação Clínica	С		1 	1		N			N		
29 - CID 10 Principal (opciona	i) 30 - CID 10	(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CII	0 10(4) (opcional)	33 - Indicação de A		cidente ou c 9	loença relacionada)		
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solicit	tados						<u> </u>			
	o Procedimento	36 - Descrição	0				37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.		
1- 22 30724058 2- 18 60000554 3-	Procedimento	ARTROPLA	ASTIA (QUALQI APARTAMENT	TO SIMPLES	OU VERSAO DE			- Qtae. Soli	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 40) - Qtde Diárias A	utorizadas 41	- Tipo de Acomoda	ção autorizada						
		1	12								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 04.762.301/0001-03 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA 44 - Código CNES 2758083											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 19/10/2023 / Empresa / Titular: FLAVIO ANTONIO BACCARIN COSTA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 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

· 11	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha	00000474	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora
343269		92899174		92899174	19/10/2023 11:44	92899
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social				
0050000000467629						
8 - Nome						
FLAVIO ANTONIO BAC	CARIN COSTA					
Dados do Profissional Solici	ante					
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1.	1 - E-mail	
MAURICIO RODRIGUE	S MIYASAKI					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica DOR NO QUADRIL ESQUE DOR NO QUADRIL ESQUE						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autoriz
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	
1- 74898957	CUI		TALICA ZIMMER - 00-6200-048-20 - CUPULA	_ 1		_ 1
80044680269	4.01		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
2- 73984736 80044680259	ACI		IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1		_ 1
3- 73983683	۸۲۱		IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8			_ 1
80044680259	ACI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	' 		_ '
4- 72397888	CIM		TOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G			1
10243070062	0		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		
5- 73997463	HAS		MENTADA - 00-7711-009-20			1
80044680304		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		
6- _					_	_ _ _ ,
	_ _ _				_ _ _ _	_ _
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3:	315-2000 / Emitido em 19/	10/2023 / Empresa / Titular	FLAVIO ANTONIO BACCARIN COSTA			
. 5.510110 50111141440. (45)0	2000 / Elimido Gill 19/	. 3, 2320 / Empresa / Titulai.	. L			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	