

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94630692

(Via HOSPITAL)

| | 1-2 | | | | | | ī | | | |
|--|---------------------|--------------------------------|--|----------------------------|---|--|--|-----------------------|---------------|-----------------------------------|
| 1 - Registro ANS 343269 | - Número da Guia | Atribuído pela Op | eradora | | 9463 | 0692 | | | | |
| 4 - Data da Autorização 03/04/2024 1 | 5 - Senha 1:49 | 9463069 | 6 - Data de Valid | | enha 06/2024 | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 11 | Validade da Carteira | | 9 - Atendiment | | | | | |
| 0050000013573112 | | 07 | /12/2025 | | N | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome SOELY REGINA DOI | MINGUES | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado So | licitante | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora | | 11 | Contratado | | | | | | | |
| 78.613.841/0001-61 | | ASSOCIA | CAO EVANGELI | | NEFICENTE DE L | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante BRUNO BOSIO DA SILVA | | | | - 11 | 15 - Conselho Profissi 06 | onal | 11 11 11 | | | 18 - Código CBO 225270 |
| Dados do Hospital / Loca | al Solicitado / Dad | os da Internação |) | | | | | , | | |
| 19 - Código na Operadora | 11 | | spital / Local Solicitado | | | | | | | ara Internação |
| 78.613.841/0001-61 | | | DEVANGELICA | BENEF | FICENTE DE LONDRINA | | | 15/04/2024 00:00 | | |
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | 23 - Tipo de Inte | rnação 24 - Re | gime de Internação 1 | 25 - Qt | de. Diárias Solicitadas 1 | 26 - Pr | revisão de uso de OP S | ME 27 - P | Previsão de ι | iso de Quimioterápico N |
| 28 - Indicação Clínica LESAO MANGUITO RO | TADOR. | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (| | 31 - CID 10(3) (opc | ional) | 32 - CID 10(4) (opcional) | | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacion 9 | | oença relacionada) | | |
| Procedimentos ou Itens | Assistenciais Solid | citados | | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Código | 3 4 5 | RUPTURA RESSECO DIARIA D | OPLASTIA - PROC A DO MANGUITO CAO LATERAL DA E QUARTO COL | ROTAD A CLAV ETIVO I | INTO VIDEOARTR DOR - PROCEDIMI ICULA - PROCED DE 2 LEITOS CON EQUIPAMENTO P | ENTO V IMENT BANH | VIDEOARTROSO O VIDEOARTRO IEIRO PRIVATIV | O 1 COP 1 OSC 1 | - Qtde. Soli | 2. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1 |
| 39 - Data provável da Admi | ssão hospitalar | 40 - Qtde Diárias | Autorizadas 41 - | - Tipo de | Acomodação autorizado | da | | | | |
| 55 Baila provaver da Adrill | Sout Hospitalai | 1 | 1 | i ipo de | | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado43 - Nome do Hospital / Local Autorizado44 - Código CNES78.613.841/0001-61ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA2550792 | | | | | | | | | | |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 03/04/2024 / Empresa / Titular: ROYAL SABOR ALIMENTOS LTDA 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

| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Referen | | 4 - Senha | | 11 | 6 - Número da Guia atri | | | |
|--|--|--------------------------------|-------------------------------------|---------------------|---|---------------------------|------------------------------------|--|--|
| 343269 | | 94630692 | | 94630692 | 03/04/2024 11:49 | | 94630692 | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | | | | |
| 0050000013573112 | | | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | | | |
| SOELY REGINA DOMII | NGUES | | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solic | | | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone | | | | 1 | 1 - E-mail | | | | |
| BRUNO BOSIO DA SIL | .VA | | | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica LESAO MAGUITO ROTAD LESAO MANGUITO ROTA | | | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do I | Material 15 - | Descrição | | 16 - Opção 17 - Qtd | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | itado 19 - Qtde. Autoriza | ada 20 - Valor Unitário Autorizado | | |
| 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabric | | | ial no fabricante | 23 - Nº Autorização | | | | | |
| 1- 00 00499218 | 00 00499218 CANULA MICRODEBRIDACAO AMO | | | 2 | , | _ 2 | , | | |
| 80356130052 | 52 ARTHROM COMERCIO DE IMPLAN | | | _ _ | _ _ _ | | | | |
| | 75788993 CANULA PARA ARTROSCOPIA SETOR | | | O _ 2 | , | _ 2 | _ , | | |
| 80777280101 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESOR | | | | _ _ _ _ | | | | |
| 3- 00712639 | GAI | NCHO COMPRESSAO SU | | 1 | , | _ 1 | _ , | | |
| 80356130057 | | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | | | |
| 4- 71502718 | ANC | | ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL | J _ 3 | | _ 3 | , | | |
| 80044680086 | | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ | | | | | |
| 5- 00608459 | PON | | ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM II | IA 1 | | _ 1 | , | | |
| 80082910131 | | ARTHROM COMERC | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | _!_!_!_!_! | | | | |
| 6- _ _ _ _ _ | | | | | | _l | _ _ _ , _ | | |
| 24 - Especificação do Material | <u> </u> | | | | | | | | |
| , , | | | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa | | | | <u> </u> | | | | | |
| Telefone Contratado: (43)3 | 3378-1000 / Emitido em 03/0 | 04/2024 / Empresa / Titular: I | ROYAL SABOR ALIMENTOS LTDA | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | 11 | | | 1 | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pro | otissional Solicitante | | 28 - Assinatura d | o Responsável pela Autorização | | | | |