

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90757018

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	- Número da G	uia Atribuído	pela Opera	adora			90757018				
4 - Data da Autorização 06/04/2023 08	5 - Sen		0757018	6 - Data de Vali	idade da Sen 05/06/	ı					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Va	alidade da Carteira	1	9 - Ate	endimento de RN				
0050000014330213			20/0	8/2024			N				
50 - Nome Social											
10 - Nome											
MARIA DA GLORIA D	E SOUZA C	DLIVEIRA									
Dados do Contratado Sol	citante										
12 - Código na Operadora		13 -	Nome do C	Contratado							
78.614.971/0002-08		IRM	IANDAD	E DA SANTA	CASA DE	LONDR	INA HOSPITA	AL MATER D	DEI		
14 - Nome do Profissional S	olicitante				1 15	- Conselh	o Profissional	16 - Número	do Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLI		IROZ			† †	11			7905		225270
Dados do Hospital / Loca	Solicitado / D	ados da Int	ernacão								
19 - Código na Operadora /			-	al / Local Solicitad	do				21 - Data	sugerida n	ara Internação
78.614.971/0002-08		11		A SANTA CAS		NDRINA	HOSPITAL N	ATER DEI	11	2023 00:0	1
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de			ne de Internação		Diárias So				Previsão de uso de Quimioterápico	
2	C		Z4 - Kegiii	1	25 - Qide.	3	michadas 20 - 1 1	S	5 OI WIL 27 - 1	Tevisão de	N
28 - Indicação Clínica				•							
29 - CID 10 Principal (opcio	nal) 30 - CII	D 10(2) (opci	ional) 3	31 - CID 10(3) (ope	cional) 3	2 - CID 10	(4) (opcional)	33 - Indicação			doença relacionada)
										9	
Procedimentos ou Itens A										0.1.0.1	00 011 1
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30726018	do Procedimer		- Descrição TDITE SI	EPTICA - TRA	TAMENTO	CIDLIDA	NO - IOEI H	-	37 1	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 30710049				DE PROTESES							1
3- 18 60000384				ACOMPANHA					1		1
4- 18 60000805				QUARTO COL		_					3
5- _											<u> _ _ </u>
6- _		_i _							i_		iii
7- _	.								_	_	_ _ _
8-		l							_	_	_ _ _
9-		l							_	_	
10-									_	_	
									_	_	
12-									_	_	
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admis	ssão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut 3	torizadas 41	- Tipo de Ac	omodação	autorizada				
42 - Código na Operadora	CNPJ autoriza	- 11		lospital / Local Aut							44 - Código CNES
78.614.971/0002-08 IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA HOSPITAL MATER DEI											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 06/04/2023 / Empresa / Titular: MARIA DA GLORIA DE SOUZA OLIVEIRA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
46 - Data da Solicitação	47 -	Assinatura d	do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinati	ıra do Ben	neticiário ou Respo	onsável 49 ·	- Assinatura do	Kesponsáv	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	iciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		90757018		90757018	06/04/2023 08:03		90757018
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000014330213							
8 - Nome							
MARIA DA GLORIA DE	SOUZA OLIVEIRA						
Dados do Profissional Solic	itante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1.	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ			11			
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica							
ARTRITE SEPTICA POS P							
ARTRITE SEPTICA POS P	IJ JOELHO ESQUERDO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição	Select following		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 74341855		22 - Referência do mate	DE ACRILICO PARA JOELHO COM GENTA	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4	
80203020006	ESF		IPLANTES ORTOPEDICOS LTDA		_ ,	_ 1	_ ,
2- 00 00238597	CIII	RATIVO CUSTOMIZAVEL		_ _ _ 		1 1	
80624960014	COI	AVANTIMEDICAL C				_ 1	_ ,
3- 00 00620785	DEG		CANISTER INFO VAC 300ML M8275058/5			2	_ _ ,
80624960004	IVE.	AVANTIMEDICAL C				_1 _2	IIII ¹ I
4- 00 72397950	CIM		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	3		3	,
10243070064	•		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_1	ı—ı—ı—ı,ı—ı—ı
5-						_	,
	 					, ,,, _ _	1-1-1-1-1/1-1-1
6-					_		_ _ , _
					_ _ _ _	_	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: / Em	itido em 06/04/2023 / Emp	resa / Titular: MARIA DA GL	ORIA DE SOUZA OLIVEIRA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		