

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90721631

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núme	ero da Guia Atr	ibuído pela Ope	eradora		9072	21631				
4 - Data da Autorizaçã 03/04/20	ão 123 16:57	5 - Senha	9072163	6 - Data de Valid	dade da Senha <b>02/06/2</b> 0	23					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteir	ra		8 - \	Validade da Carteira	ı	9 - Atendiment	o de RN				
00500000398793	32		24/	03/2024		N					
50 - Nome Social											
50 - Nottie Social											
10 - Nome  CLAUDINEI DOS	SANTOS										
Dados do Contratac		)									
12 - Código na Opera <b>78.614.971/0002</b> ·			13 - Nome do	Contratado  DE DA SANTA (	CASA DE L	ONDRINA HO	SPITA	L MATER DEI			
14 - Nome do Profissi		te				Conselho Profiss		16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
PAULO MARCEI	L YOSHII				06			18504		41	225270
Dados do Hospital /											
19 - Código na Opera <b>78.614.971/0002</b> ·		- 11		oital / Local Solicitad DA SANTA CAS		RINA HOSP	ITAL M	ATER DEI	11	a sugerida p 2023 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendir	mento 23 -	Tipo de Interna	ção 24 - Reg	jime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Di	árias Solicitadas	26 - Pre	visão de uso de OP	PME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica				<u> </u>		<u> </u>					
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)											
D 11 1 1										9	
Procedimentos ou la				<u> </u>					27	Otdo Coli	in 20 Otdo Aut
	Código do Pro R <b>AN1N</b>	ceaimento	36 - Descriçã		PROCEDIMI	NTO VIDEO	RTROS	SCOPICO DE T		- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut. <b>1</b>
											1
	8142			IGAMENTARES							1
	0805			QUARTO COL							1
5- 18 6002	24151		ALUGUEL	TAXA DE APAR	ELHO / EQU	IPAMENTO P	ARA AF	RTROSCOPIA	PAR 1		1
6-   _	_ _ _								L	_	
7-  _ _	_  _									_	
8-   _	_ _ _	_							_	_  _	_ _ _
9-	_ _ _	_							I_	_  _	_
10-	_ _ _	_							L	_  _	_ _ _
11-  _	_ _ _	_							l_	_  _	_ _ _
12-	_ _ _	_							l_	_	_
Dados da autorização											
39 - Data provável da	Admissão ho	spitalar 40	- Qtde Diárias A <b>1</b>	Autorizadas 41	- Tipo de Acon	odação autoriza	da				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES											
T8.614.971/0002-08   IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA HOSPITAL MATER DEI   2577704   45 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: / Emitido em 03/04/2023 /*****- PERFURADOR INSTRUMENTAL********** / Empresa / Titular: FATIMA SIMAO CARDOSO  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
	-									1004	,



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

Unimed A

	-					
· II	- Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	90721631		90721631	03/04/2023 16:57		90721631
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000039879332						
8 - Nome						
CLAUDINEI DOS SANTO	os estados esta					
Dados do Profissional Solicita	ante					
9 - Nome do profissional solicita	nte	10 - Telefone	11	- E-mail		
PAULO MARCEL YOSHI	I					
Dados da cirurgia		,				
	EDIAL ESQUERDO DESVIADO EDIAL ESQUERDO DESVIADO RUMENTAL************************************					
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do Ma	aterial 15 - Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Materia			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET		1		_  1	_ ,
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_		
2- <b>00 77326482</b> 1 <b>0244700017</b>		RA SINTESE OSSEA GM - 106-40-11-22 - MIN CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>  2                                   </u>	_  ,	_  2	_ _ , _
3-   _	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESON TOPEDICOSETDA		_	1 1 1 1 1	
<sup>3-</sup>           	!!!!			_	_	_ ,
1—1—1—1—1—1—1—1—1 4-					 _	,
	!!! ! _					1
5-   _	<u>                                     </u>			_	_	,
6-   _     _				_	_	_ ,
					_ _	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa				<u> </u>		
Telefone Contratado: / Emiti	do em 03/04/2023 /*****- PERFURADOR INSTRUMI	ENTAL*********** / Empresa / Titular: FATIMA SIM	AO CARDOSO			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		