

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94929995

(Via HOSPITAL)

						_			
1 - Registro ANS 343269 3 - Número d	la Guia Atribuído	o pela Operad	ora		9492999	5			
4 - Data da Autorização 5 - 27/04/2024 17:54	Senha	94929995	6 - Data de Validad	de da Senha 02/07/202	4				
Dados do Beneficiário		7-		02/01/202	<u>'</u>				
7 - Número da Carteira		8 - Valid	dade da Carteira	7[-	- Atendimento de F	RN			
8650002162627010					N				
50 - Nome Social									
10 - Nome ELOINA BRASIL BOZO TONII	NI								
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora	13 -	- Nome do Cor	ntratado						
78.613.841/0001-61	AS	SOCIACA	O EVANGELICA	A BENEFIC	ENTE DE LONI	DRINA			
14 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME OGAWA				15 - Co	nselho Profissional	16 - Número do 0 29657	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO 225295
Dados do Hospital / Local Solicitado	/ Dados da In	nternação							
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nom	ne do Hospital	/ Local Solicitado				21 - Data	sugerida p	ara Internação
78.613.841/0001-61	ASSO	CIACAO E\	/ANGELICA BI	ENEFICENT	E DE LONDRIN	NA .	09/05/2	024 00:0	00
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo	de Internação C	24 - Regime	de Internação 1	25 - Qtde. Diári 1	11	Previsão de uso de OF	PME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica									
lesao cronica do ligamento colatera	Tadiai diliai da	a moi do pole	egai esqueido						
29 - CID 10 Principal (opcional) 30	- CID 10(2) (opc	cional) 31	- CID 10(3) (opcion	nal) 32 - C	D 10(4) (opcional)	33 - Indicação de A		cidente ou d 9	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistencia	is Solicitados								
34 - Tabela 35 - Código do Procedi	mento 36	- Descrição					37	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30722470						RACAO CIRURGIO			1
2- 22 30731119 3- 18 60000384				_	- TRATAMENTO EICAO COMPLE		1		1
4- 18 60000805						NHEIRO PRIVATIV			1
5-							_	_	_
6-							_	_	_
7- _							_	_	_
8-								_ _	
9-	_ _ _						_	-	
10-							_	-	
12-	 						 _	-!! -	 _
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admissão hospit	alar 40 - Qtde	e Diárias Auto	rizadas 41 - T	ipo de Acomo	ação autorizada				
		1	1						
42 - Código na Operadora / CNPJ auto	11		spital / Local Autoriz		ENTE DE LONI	DIMA			44 - Código CNES
78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792									
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 27/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C									
OOPERATIVA CENTRAL									
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura	do Profissiona	al Solicitante 48	- Assinatura d	Beneficiário ou Re	sponsável 49 - As	sinatura do	Responsáv	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

	3 - Número da Guia Referer		4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		94929995		94929995	27/04/2024 17:54		94929995
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
8650002162627010							
8 - Nome							
ELOINA BRASIL BOZO	TONIN						
Dados do Profissional Solic							
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
GUILHERME OGAWA							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica lesao cronica do ligamento lesao cronica do ligamento AUTORIZADO CONFORMI	colateral radial ulnar da mo		minho para tratamento cir´rugico				
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00454532		22 - Referência do mater	N ARTHROSMART PEEK 07X20MM 04.43.12.	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	4	
10417940100	i Ai		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 7	
2-						_	,
						_ _	
3-	_ _ _				_ _ _ , _	_	_ _ , _
					_ _ _ _	_ _	
4- _ _ _ _ _					_	_	
	_ _ _		-		_ _ _ _	_ _	
	_ _ _ _ _ _					_	,
		1-1-1-1-1-1-1-				 	,
	 _					_ _	III/II
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3	378-1000 / Emitido em 27/	04/2024 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titula	ar: CENTRAL NACION	AL UNIMED COOPERATIVA CEN	NTRAL	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		