

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92372430

(Via HOSPITAL)

10 10 10 10 10 10 10 10	"	Número da Gui	a Atribuído	pela Opera	dora			0007	2420				
3008/2023 08:29 92372430 95/11/2023	343269	5 - Sonh	2		6 - Data de Val	lidada da 9	Sanha	9237	2430				
7. Noting 1. N	1	11		2372430	0 - Data de Val								
11-100000001765448 30/09/2022 N													
To-Name	†			11		a	9 -		de RN				
10 - Name Striction Proceedings Proc				30/03	3/2022								
Station Production Station S	SO NOTICE COOKER												
32 - CID 10 Principal (opcional) 13 - Norre do Profesional Sciolaria 15 - Conseino Profesional Sciolaria 15 - Conseino Profesional Sciolaria 15 - Souriero de Conseino 17 - UP 18 - Código CBO 22570													
Tak-Normon do Professional Solicitantes Tak-Normon do Professional Chief Tak-Normon do Professional Solicitantes Tak-Normon do Professional Chief Tak-Normon do Professional Professional Solicitantes Tak-Normon do Professional Pro													
14 - Nome do Professional Salicitante FERNANDO TAKAO CINAGANA Dados de Hospital Closal Solicitado 19:0996 17 - UF 18 - Cádigo CBD 225270 Dados de Hospital Closal Solicitado 19:0996 23 - 100 principal (popular) (OF) 19:0996 23 - 100 principal (popular) (OF) 19:0996 27 - Privillo de suco de Office (OF) 19:0996 27 - Privillo de suco de Office (OF) 19:0996 27 - Privillo de suco de Office (OF) 10:0997223 09 - OO 10:099723 09 - OO			ł ł			CASAI	DE LONG	RINA					
Dados do Hospital / Local Solicitador / Dados da Internação 19 - Cédigo na Operadora / CPP J 20 - Nome do Hospital / Local Solicitador 19 - Cédigo na Operadora / CPP J 21 - Data superida para Internação 121 - Data superida para Internação 121 - Data superida para Internação 122 - Caráter do Atendimento 123 - Top de Internação 123 - Top de Internação 124 - Regime de Internação 125 - Otdo Didina Solicitados 1		olicitante		ANDADI	- DA GAITTA				nal	16 - Número do C	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
19- Cefogo na Operadora (CRPJ) 21- Data supported para Internegia 21- Data supported de uso de CRPIA 21- Data supported para Internegia 21- Data supported de uso de CRPIA 21- Data supported para Internegia 21- Data supported de uso de CRPIA 21- Data supported para Internegia 21- Data Supp	†					İ	l		- 11			11	"
10/09/2023 00:00 22 - Cide Colors 23 - Tipo de Interração 24 - Regime de Interração 25 - Oddo Diárias Solicitados 26 - Previsida do uso de OPME 27 - Previsida de uso de OPME 28 - Previsida de uso de OPME 27 - Previsida de uso de OPME 27 - Previsida de uso de OPME 27 - Previsida de uso de OPME 28 - Previsida de uso de OPME	Dados do Hospital / Local	Solicitado / Da	dos da Int	ernação									
23 - CiD 10 Principal (opcional) 30 - CiD 10(2) (opcional) 31 - CiD 10(3) (opcional) 32 - CiD 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acedente (acedente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou litera Assistenciais Solicitados Procedimentos ou litera Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Codigo do Procedimento 36 - Descrição 37 - Otroe, Solicitados 37 - Otroe, Solicitados 4 - Codigo do Procedimento 38 - Descrição 38 - Otroe, Solicitados 4 - Codigo do Procedimento 38 - Otroe, Solicitados 4 - Codigo do Procedimento 38 - Descrição 37 - Otroe, Solicitados 4 - Codigo do Procedimento 38 - Descrição 38 - Otroe, Solicitados 4 - Codigo do Procedimento 38 - Otroe, Solicitados 4 - Codigo do Procedimento 38 - Otroe, Solicitados 4 - Codigo do Procedimento 38 - Otroe, Solicitados 4 - Codigo do Procedimento 38 - Otroe, Solicitados 4 - Codigo do Procedimento 38 - Otroe, Solicitados 4 - Codigo do Procedimento 38 - Otroe, Solicitados 4 - Codigo do Procedimento 38 - Otroe, Solicitados 4 - Codigo do Procedimento 39 - Otroe, Solicitados 4 - Codigo do Procedimento 30 - CiD 10(2) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acedente (acedente ou doença relacionados) 9 - CID 10(2) (opcional) 30 -		CNPJ	ł				ONDRIA	1.0			11		- 1
28 - Indicação Clínica artroplastia total do ombro direito 29 - CID 10 Principal (opdomal) 29 - CID 10 Principal (opdomal) 30 - CID 10(2) (opdomal) 30 - CID 10(3) (opdomal) 31 - CID 10(4) (opdomal) 32 - CID 10(4) (opdomal) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionado) 9 Procedimentos ou literia Assistenciais Solicitados 1 - 22 30717027 ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIR 1 1 1 1 - 1		Tipo do Ini							26 Prov	visão do uso do OF	<u> </u>		
23 - 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 dicença relacionada) 9	1	11	temação	24 - Kegiii	-	25-Q		Solicitadas	20 - 116			r revisao de	
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 relucionada) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 36 - Codigo do Procedimento 36 - Descrição 37 - Cide - Solic 38 - Cide - Aut. 1 - 22 30717027 ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIR 1 1 1 3 - 18 60000805 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 1 1 3 - 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 4 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -	1 '	direito									···		
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30717027 ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIR 1 1 2 - 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 1 3 - 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 4 -	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 doenca relacionada)												
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30717027 ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIR 1 1 1 1 1 1 1 1 1											9		
39 - Data provável da Admissão hospitalar 1	34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30717027 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4-		36 - AR DIA	TROPLA ARIA DE ARIA DE	ACOMPANHA QUARTO COI	NTE CO	M REFEI DE 2 LEI	CAO COM TOS COM	PLETA	EIRO PRIVATI	CIR 1 1	- Qtde. Sol	1
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.614.971/0001-19 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 30/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOP ERATIVA DE TRABALHO MEDICO		são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	orizadas 41	I - Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	а				
TRIMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 2580055 2580055 3			<u></u>										
Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 30/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOP ERATIVA DE TRABALHO MEDICO								_					





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

	- Número da Guia Referer	ł t	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		92372430		92372430	30/08/2023 08:29		92372430	
Dados do Beneficiário		[- · · · - · · · ·						
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
1170000001763448								
8 - Nome								
SIRLEINE PIROLO OTM	AN							
Dados do Profissional Solicita								
9 - Nome do profissional solicitar			10 - Telefone	1	1 - E-mail			
FERNANDO TAKAO CIN	AGAVA							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica componente da protese glenc artroplastia total do ombro dir AUTORIZADO CONFORME	eito	m						
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do Ma		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Materia		22 - Referência do materia		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4		
1- 00 74884239 80044680228	515		SO COMPREHENSIVE - 115310 GLENOSFE IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	_ ,	_ 1	_ ,	
2-	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _				_ _ _		
3-	 					_		
5-	_ _ _				 	 _ 		
6-	_ _ _ _ _ _ _			_ _ .	_	_	_,	
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)337	73-1500 / Emitido em 30/	/08/2023 /AUTORIZADO CON	IFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular:	UNIMED NORTE PIC	ONEIRO COOPERATIVA DE TRA	BALHO MEDICO		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pi	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização			