

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94293292

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da	Guio Atri	huído polo Opo	prodoro									
343269	3 - Numero da	Guia Alli	buluo pela Ope	riauora			94293	3292					
4 - Data da Autorização 5 - Senha 05/03/2024 10:27			9429329	6 - Data de V		Senha 05/2024							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN													
1170000002264461						N							
50 - Nome Social													
10 - Nome ANA APARECIDA SANTI FREDIANI													
Dados do Contratado S													
12 - Código na Operador 78.613.841/0001-61			13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA										
14 - Nome do Profissiona			7.0000				15 - Conselho Profissional 16 - Número			do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO			
BRUNO BOSIO DA				06 32301			32301	41 225270					
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação													
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 16/03/2024 00:00												- 1	
22 - Caráter do Atendimen				jime de Internação		tde. Diárias			visão de uso de OP	<u> </u>		uso de Quimioterápico	
1		С		1		1			S			N	
28 - Indicação Clínica sindrome do tunel do c	arpo												
	•												
												•	
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)) (opcional)	(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
Procedimentos ou Itens	dos						<u> </u>						
	go do Procedim	ento	36 - Descriçã								- Qtde. Soli		
1- 22 307370 2- 18 600003									VIDEOARTRO	OSC 1 1		1	
4- 18 600241	51		ALUGUEL	TAXA DE APA	ARELHO /	EQUIPA	MENTO PA	ARA AR	RTROSCOPIA I	PAR 1		1	
5-	_ _ _ _	_								_ -	_		
7-		 _								- -	 -	 	
8-	_ _ _	_								_	_		
9-	_ _ _ _	_									_		
10- _ _ _ 11- _	 	_ll _l								 	_lll ll	 	
12-	_ _ _ _ _ _ _ _ _	 _								_ _	 - _	 _	
Dados da autorização													
39 - Data provável da Ad	missão hospitala	ar 40 -	Qtde Diárias A	Autorizadas	Acomodaç	ão autorizada	а						
1			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·									44 - Código CNES	
78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792													
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 05/03/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM tunel do carpo ESQUERDO / Empresa / Titular: UNIM ED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO													
46 - Data da Solicitação	47	7 - Assina	atura do Profiss	ional Solicitante	48 - Assii	natura do B	eneficiário ou	ı Respon	sável 49 - Ass	inatura do	Responsáv	rel pela Autorização	



2 - Nº Guia no Prestador

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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 94293292 94293292 05/03/2024 10:27 94293292 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 1170000002264461 8 - Nome ANA APARECIDA SANTI FREDIANI Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **BRUNO BOSIO DA SILVA** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica sindrome do tunel do carpo sindrome do tunel do carpo AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM tunel do carpo ESQUERDO **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 76621995 CANULA DE DEBRIDACAO AT - 161 12 10 08 TIPO 12 4,5 X 120 MM, CM 80777280105 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00110116 2- 00 CANETA PARA ABLACAO RF CAP SH 90 200 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00241202 TROCATER ARTROSCOPICO 8.25X90MM PARTRO009 80371250020 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |__|_|,|__| 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 05/03/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM tunel do carpo ESQUERDO / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização