

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91320041

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núm	ero da Guia Atr	buído pela Opera	adora		013	20041				
	][	E Conho		Le Data da Valid	dada da Canha		20041				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 25/05/2023 09:23		91320041	91320041 6 - Data de Validade da 24		/07/2023						
Dados do Beneficiário	)										
7 - Número da Carteira			11	llidade da Carteira		9 - Atendimen	to de RN				
005000000429028	6		14/0	5/2025		N	1				
50 - Nome Social											
10 - Nome MARIA APARECII	10 - Nome MARIA APARECIDA CARDOSO										
Dados do Contratado Solicitante											
	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado  08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA										
14 - Nome do Profission			<b>.</b>		15 - 0 <b>06</b>	15 - Conselho Profissional 16 - Número do <b>26535</b>			onselho	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / L	ocal Solic	itado / Dados	da Internação							J L	
19 - Código na Operado			,	al / Local Solicitado	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
08.271.755/0001-3				UCARIA DE L			1		12/06/2	2023 00:0	00
22 - Caráter do Atendime	ento   23	- Tipo de Interna <b>C</b>	ção    24 - Regim	24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - P <b>1</b>		revisão de uso de OPN <b>S</b>	ME    27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico  N
28 - Indicação Clínica					•						
29 - CID 10 Principal (o	pcional)	30 - CID 10(2	) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	sional) 32 -	CID 10(4) (opci	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou d	doença relacionada)
Procedimentos ou Ite											
		ocedimento								' - Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30735								PICO DE OMBRO			1
2- <b>22 30735</b> 3- <b>22 30735</b>								VIDEOARTROSC O VIDEOARTRO			1
4- 22 30735								IMENTO VIDEO			1
5- <b>18 60000</b>								IEIRO PRIVATIV			1
6- 18 60024								ARTROSCOPIA F			1
7-   _	_ _ _								_	_	
8-										_  _	_
9-									L	_  _	
10-	_	_  _							L	_  _	
11-		-								_	<u>  _ _ </u>
12-		-							_	_	
Dados da autorização											
39 - Data provável da A	dmissão h	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Aut <b>1</b>	torizadas 41	- Tipo de Acom	odação autoriza	ida				
42 - Código na Operado 08.271.755/0001-3		J autorizado	t	lospital / Local Auto		IA LTDA					44 - Código CNES <b>6074502</b>
MOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA   6074502   45 - Observação / Justificativa   Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 25/05/2023 / Empresa / Titular: MARIA APARECIDA CARDOSO											
46 - Data da Solicitação	)	47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura	do Beneficiário	ou Resp	onsável 49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

					1.		
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuío	
343269		91320041		91320041	25/05/2023 09:23		91320041
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000004290286							
8 - Nome							
MARIA APARECIDA C							
Dados do Profissional Solid							
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIROS						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando les M751 Ruptura do manguito		onstradas em exame físico e	de imagem. Ndecessita de tratamento cirurgic	0			
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do materia				23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SET				<u>    2</u>		_  2	_ _ , _
80777280006	ANI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _  -     3			
2- 00 71876561 ANCORA COM SUTURA E APLIC 80083650063 ARTHROM COMERCIO			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	-  _  3		_  3	_,
3- <b>00 00116700</b>	CAN		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	_ _  		. 4	
80743230025	CAP		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1	_ _ , _
4- <b>00</b> 70917540	CAN		PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA C	0   1 1		I 1	
80777280003	CAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  '	-
5- <b>00 00596221</b>	GIII		SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 22	6M I I 1		1	_ _ ,
80743230002	00.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		1 <u>   1 -   1        </u>	_I '	IIII'III
6-		,				_	_ _ , _
						_ll	1117111
24 - Especificação do Materia	<u> </u>						
25 - Observação / Justificativa	a						
		05/2023 / Empresa / Titular:	MARIA APARECIDA CARDOSO				
	1			1/			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	otissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização		