

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93823471

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	a Atribuído	pela Opera	dora								
343269							93823	471				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Va 22/01/2024 17:54 93823471						Senha 03/2024						
Dados do Beneficiário									_			
7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de								le RN				
0970000125924750 N												
50 - Nome Social												
JOSE LUIZ HENRIQUE												
Dados do Contratado Solid	itante											
12 - Código na Operadora		- 11	Nome do Co									
78.614.971/0001-19		IRN	IANDADE	E DA SANTA	CASA							
14 - Nome do Profissional Solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI						15 - Conselho Profissional 16 - Número do 24650			- Número do Co 1650	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local 3			-									
19 - Código na Operadora / C	NPJ			al / Local Solicita A SANTA CA		ONIDDIT				1	•	ara Internação
78.614.971/0001-19											024 00:00	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qi	tde. Diárias	Solicitadas 2	26 - Previsâ	io de uso de OP	ME 27 - P		so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM	ANEVO											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)			pcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 -	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença rela 9			pença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Sol	icitados										
1- 22 30724058 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4- _ _ _ _ _ _ _ _ _	o Procedimento	AR DIA	ARIA DE A	STIA (QUALO ACOMPANHA QUARTO CO	ANTE CO	M REFEI DE 2 LEI	CAO COMP	PLETA	O PRIVATIV	TA 1	_ _ 	2
Dados da autorização								_				
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto 2	orizadas 4		Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.614.971/0001-19 43 - Nome do Hospital / Loca IRMANDADE DA SAN			•		DE LOND	RINA				- 11	44 - Código CNES 2580055	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 22/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO												
46 - Data da Solicitação	47 - A	ssinatura o	o Profission	nal Solicitante	48 - Assii	natura do B	eneficiário ou	Responsá	vel 49 - Ass	inatura do F	Responsáv€	el pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	•	4 - Senha		1	5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operad		
343269		93823471		9382347	22/01/2024 17:54		93823471	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0970000125924750								
8 - Nome								
JOSE LUIZ HENRIQUE	1							
Dados do Profissional Solid	citante							
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone		11 - E-mail			
MAURICIO RODRIGUE	S MIYASAKI							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM / INDICAÇAO CLINICA EM / AUTORIZADO CONFORM	ANEXO							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição			tde. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		-	ão de Funcionamento			
1- 74326546 ACETABULO POLIETILENO CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00 80175510058 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDI						_ 2	_ _ , _	
80175510058 2- 00 74320467	COL		IRA QUADRIL NAO CIMENTADO ZI			1 4		
2- 00 74320467 80175510040	COI		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSI			_ 1	_ _ _ ,	
	ACI					1 4		
80044680259						_ 1	,	
4- 00 74004379						1	_ _ ,	
80044680330	CAL		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSI	_ 1 TDA	1	_ '		
5- 00 74900676	CUI		ALICA ZIMMER - 00-8753-056-01 - 0			1	_ _ _ ,	
80044680269	00.		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSI			_ı ·	III''III	
6-	_ _ _ _					_		
24 - Especificação do Materia 25 - Observação / Justificative	a		IFORME INMEDITE OF ORIGINAL (F.	(Tit I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	WALANDA COOPERATIVA DE	TEAD WE MEDICO		
Telefone Contratado: (43): 26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro		IFORME UNIMED DE ORIGEM / Emp		do Responsável pela Autorização	TRABALHO MEDICO		
-				ll l	•			