

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91743616

(Via HOSPITAL)

1.00	1 " 11	Número da Guia	Atribuído	pela Opera	dora								
Processing Process P	343269							917436	616				
7 - Nimero as Caretame 9 - Alexandra activation 9 - Alexandra activatio	1	11		1743616	6 - Data de Va								
93 - Navere Siscosi 10 - Novere SEEASTING COSSI Disclose do Continuado Solicitanos 14 - Novere Decembro 10 - Novere SEEASTING COSTINUADO SOLICITANO 15 - Codago in Professional Solicitanos 16 - Novere Decembro 17 - Novere Decembro 18 - Novere do Continuado Solicitanos 19 - Novere Decembro 19 - Codago in Professional Solicitanos 19 - Codago in Professional Solicitanos 19 - Codago in Professional Professional Solicitanos 19 - Codago in Professional Children 19 - Codago in Professional Chil										_			
10 - Name 10 -	•			11		ra	9 -		e RN				
29 - CID 19 Principal (60d0nin) 30 - CID 10(2) (appointal) 31 - CID 10(3) (application) 32 - CID 10(4) (application) 33 - Indicação de Adderre (academia ou domina place) 33 - Indicação (application) 34 - Codago ou Decembro (1971) 10 - Codago ou Dec				31/08	72023			N					
Dispose do Coloriminacio Solicitante Dispose do Coloriminacio Solicitante Ta - Nome do Potentiano Solicitante Ta - Nome do Potentiano Solicitante Danillo CANESIN DAL MOLIN Dispose do Hospital / Local Solicitato / Danillo Canesino / Solicitante Danillo CANESIN DAL MOLIN Dispose do Hospital / Local Solicitato / Danillo Canesino / CNP1 20 - Nome do Hospital / Local Solicitato / Danillo Canesino / CNP1 20 - Nome do Hospital / Local Solicitato / Danillo Canesino / CNP1 20 - Nome do Hospital / Local Solicitato / Danillo Canesino / CNP1 20 - Nome do Hospital / Local Solicitato / Danillo Canesino / CNP1 20 - Nome do Hospital / Local Solicitato / Danillo Canesino / CNP1 20 - Nome do Hospital / Local Solicitato / Danillo Canesino / CNP1 20 - Nome do Hospital / Local Solicitato / Danillo Canesino / CNP1 20 - Nome do Hospital / Local Solicitato / Danillo Canesino / Danillo	50 - Nome Social												
13 - Cologo na Operadora	10 - Nome SEBASTIAO ROSSI												
14- Nome do Prefessional Solicitante 14- Nome do Prefessional Solicitante 15- Corgetho Professoral 16- Número do Consulho 17- UE 18- Codego CBD CANILLO CANESIN DAL MOLIN 12-25270 22- California / 12- Nome do Prefessional Solicitando / Dados de Internação 17- UE 18- Codego CBD CANILLO CANESIN DAL MOLIN 12-25270 16- Número do Prefessional Solicitando / Dados de Internação 17- UE 18- Codego CBD CANILLO CANESIN DAL MOLIN 18- CODE CANESIN	Dados do Contratado Solicitante												
19 - Cologo Professional Solicitante DANILO CANESIN DAL MOLIN DANILO CANESIN DAL MOLIN DANILO CANESIN DAL MOLIN DANILO CANESIN DAL MOLIN DANICO CANESIN DAL MOLIN	12 - Código na Operadora		13 -	Nome do Co	ontratado								
DANILO CANESIN DAL MOLIN Dados de Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 10. Fodos de Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 10. Fodos de Hospital / Local Solicitado / HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA 22 - Cartilar da Atandimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Otro de Managario Clínica 26 - Otro de Managario Clínica 26 - Otro de Managario Clínica 27 - Providado de Unidado (Provincia de Unidado (Provincia de Unidado (Provincia de Unidado (Provincia de Unidado) 30 - Otro de Unidado (Provincia de Unidado) 30	04.762.301/0001-03		НО	SPITAL D	O CORACA	O DE LO	NDRINA	LTDA					
19 - Codigo na Operatoria (NPI) 20 - Name de Prospital Fucio Solicitados 1007/2023 00:00 1007/	†					- 11	11				onselho	11 1	1
10/07/2023 00:00 22 - Carda Colore (Internation Alexandimento) 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Colde. Distinas Socioladada 26 - Previsida de uso de OPME 27 - Previsida de uso de Opmino inspiso N 23 - Indicação Cirica LESÃO DE MANGUITO ROTADOR DIREITO FRATURA DE GLENOIDE C LESÃO LABRAL APOS LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO 23 - Indicação de Acidemie (jacidemie ou doença relacionada) 26 - Color Direito 25 - Color Direito 26 - Color Direito 27 - Color	Dados do Hospital / Local 3	Solicitado / Dad	dos da Int	ernação									
22 - Cardierr do Alendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Godo Dútras Solicinidas 26 - Previsão de uso de Ournicerápico N N S N N Provisão de uso de Ournicerápico N N N N N N N N N				•	I / Local Solicita	ado					21 - Data	sugerida p	ara Internação
28 - Indicação Clínica LESÃO DE MANGUITO ROTADOR DIREITO FRATURA DE GLENOIDE C LESÃO LABRAL APÓS LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO 29 - CID 10 Principal (opolonal) 30 - CID 10(2) (opolonal) 31 - CID 10(3) (opolonal) 32 - CID 10(4) (opolonal) 33 - Indicação de Acciente (acciente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou Items Assistenciais Solicitados 41 - Tabola 5 - Cidigo do Procedimento 36 - Descrição RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEO ARTROSCOP 1 - 22 30735098 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEO ARTROSCOP 1 - 2 2 30735091 LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEO ARTROSCOP 1 - 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	04.762.301/0001-03		HOSPIT	TAL DO C	ORACAO D	E LOND	RINA LT	DA		İ	10/07/2	023 00:0	0
28 - CID 10 Principal (Epcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Addente (actidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou tiens Assistenciais Solicitados 34 - Tabella 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Cido 30 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Addente (actidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou tiens Assistenciais Solicitados 34 - Tabella 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Cido 30 - CID 10(4) (opcional) 37 - Cido 37 - Cido 30 - Cido 37 - Cido 30 - Cido	22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime	e de Internação	25 - Qtd	de. Diárias	Solicitadas 2	6 - Previsã	o de uso de OP	ME 27 - F	revisão de ι	uso de Quimioterápico
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidemte (acidemte ou doemça relacionada) 9 Procedimentos ou ltens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	2	С			1		1			S			N
36 - Descrição 37 - Qtide. Solic. 38 - Otide. Aut. 1-22 30735088 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1 2-22 30735088 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1 3-22 30735092 TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART 1 1 4-18 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 1 1 5-18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 6-1													
1- 22 30735088 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1 1 2- 22 30735041 LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 3- 22 30735092 TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART 1 1 4- 18 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 1 1 5- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 6-				Descrição							37	- Otde Soli	c 38 - Otde Aut
39 - Data provável da Admissão hospitalar do - Qtde Diárias Autorizadas 12 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 04.762.301/0001-03 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 04/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	1- 22 30735068 2- 22 30735041 3- 22 30735092 4- 18 60000554 5- 18 60024151 6-		RU LE: TE: DI/	PTURA D SAO LAB NOTOMIA ARIA DE A UGUELTA	RAL - PROC DA PORCA APARTAMEN AXA DE APA	EDIMENT O LONGA NTO SIMP RELHO /	O VIDEO A DO BIO PLES EQUIPAI	DARTROSCO	OPICO D CEDIMEI	DE OMBRO NTO VIDEO/ ROSCOPIA F	COP 1 1 ART 1 1		1 1 1
1 1 2 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 04.762.301/0001-03 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA 2758083 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 04/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO													
04.762.301/0001-03 HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA 2758083 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 04/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA	39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde		11		Acomodaç	ão autorizada					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 04/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO							NDRINA	LTDA	_			11	=
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização													



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia at	ribuído pela Operadora
343269		91743616		91743616	04/07/2023 08:44		91743616
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0970000010216450							
8 - Nome							
SEBASTIAO ROSSI							
Dados do Profissional Solid	itante						
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
DANILO CANESIN DA	_ MOLIN						
Dados da cirurgia							
	TADOR DIREITO FRATU		ÍO LABRAL / APÓS LUXAÇÃO DE OMBRO DIRE D LABRAL APÓS LUXAÇÃO DE OMBRO DIREIT				
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição		' '	le. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autoriz	ada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mat 1- 00 71502661		22 - Referência do mater	rial no fabricante ERKNOTTM - 912068 ANCORA FLEXIVEL J	23 - Nº Autorização	o de Funcionamento	_ 4	
80044680086	AIN		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_1 +	,
2- 00 00590045	LAN	MINA PARA SHAVER SET		 		2	_ _ , _
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1 -	1-1-1-1-1/1-1-1
3- 00 70917540	CAI	NULA PARA ARTROSCOF	PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO			_ 1	
80777280003		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		-•	,,,,
4- 00 00596221	GUI	A FLEXIVEL PASSADOR	SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M	1	,	_ 1	_ ,
80743230002		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5- 00 00116700	CAI	NETA ABLACAO RF STRI	PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	_ 1	,	_ 1	_ _ , _
80743230025		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _			
6-	_ _ _				_	_ _	_ _ , _
						_	
24 - Especificação do Materia							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)		07/2023 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Tir	ular: UNIMED REGION	IAL MARINGA COOPERATIVA DE	TRABALHO MEDICO)
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	lo Responsável pela Autorização		
	III.			11			