

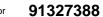
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91327388

(Via HOSPITAL)

343269								
Dados do Beneficiário								
8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN N								
097000009380102 N 50 - Nome Social 10 - Nome MARIA APARECIDA RODRIGUES Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 08.214.460/0001-24 N 13 - Nome do Contratado HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA								
50 - Nome Social 10 - Nome MARIA APARECIDA RODRIGUES Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 08.214.460/0001-24 In Spital Otocentro De Londrina Ltda								
10 - Nome MARIA APARECIDA RODRIGUES Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 08.214.460/0001-24 13 - Nome do Contratado HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA								
MARIA APARECIDA RODRIGUES Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 08.214.460/0001-24 In a Nome do Contratado HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA								
12 - Código na Operadora								
08.214.460/0001-24 HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA								
14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Numero do Conselho 17 - UF 18 - Codigo								
FERNANDO TAKAO CINAGAVA 06 19896 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 31/05/2023 00:00 31/05/2023 00:00								
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Químio								
1 C 1 1 S N 28 - Indicação Clínica N								
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 relacional) 9								
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados								
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde 1- 22 30735017 SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMB 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
Dados da autorização								
39 - Data provável da Admissão hospitalar do - Qtde Diárias Autorizadas 1 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 08.214.460/0001-24 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA 44 - Código of Santa (CNPJ) autorizado 5301424								
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 25/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 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	1	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atrib	· ·	
343269		91327388		91327388	25/05/2023 15:01		91327388	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0970000009380102								
8 - Nome								
MARIA APARECIDA R	ODRIGUES							
Dados do Profissional Soli	citante							
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone		11 - E-mail			
FERNANDO TAKAO CINAGAVA								
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica 02 laminas de shaver /01 r solicitação de cirurgia de o AUTORIZADO CONFORM	mbro direito	:2951/01 canula artroscopica	- cotar na arthrom					
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição	ial as fabricants		de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizad	da 20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Material 1- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETOR			23 - N° Autorizaça	o de Funcionamento	_ 2	,		
80777280006	En		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1 1 1 1 1	_ 	_1 _	-	
2- 78632951	POI	NTEIRA DE ABLACAO RF		1		1	,	
80743230009			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. <u></u> ,			1-1-1-1/1-1-1	
3- 74683101	CAI	NULA PARA ARTROSCOF	PIA SETORMED - 009 11 70 85 CANULA CO	<u> 1</u>	_ _ _ ,	_ 1	_ _ , _	
80777280003		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
4- _ _	_ _ _			- _ _ _	_ _ _ ,	_	,	
5-	 	IIIIII				 	,	
	 			-	!—!	_	1-1-1-171-1-1	
6-				_	 	 _	,	
	_ _ _				 			
24 - Especificação do Materia	al							
25 - Observação / Justificativ	a							
Telefone Contratado: / Emitido em 25/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura o	do Responsável pela Autorização			