

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94669512

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número d	a Guia Atrib	ouído pela Opera	dora							
343269	<u> </u>						94669512				
4 - Data da Autorização 05/04/2024	- 11	Senha	94669512	6 - Data de Valida	ade da Senl 09/06/						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 9750000010951329)		8 - Va	idade da Carteira		9 - Aten	dimento de RN N				
50 - Nome Social	50 - Nome Social										
10 - Nome	10 - Nome FELIPE RYUJI COIMBRA MIYAMOTO										
Dados do Contratado S											
12 - Código na Operador		7	13 - Nome do C	ontratado							
08.271.755/0001-32	<u>!</u>		HOSPITAL A	RAUCARIA DI	E LONDF	RINA LTD	A				
14 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS					- 11	15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 26535		17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solicitado	/ Dados d	la Internação		'						
, ,	19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 08/04/2024 00:00										•
22 - Caráter do Atendimen	to 23 - Tipo	de Internaç	ão 24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde.	Diárias Solici	tadas 26 - Pi	revisão de uso de OP	ME 27 -	Previsão de I	uso de Quimioterápico
29 - CID 10 Principal (op M751		- CID 10(2)	(opcional) 3	1 - CID 10(3) (opcid	onal) 32	2 - CID 10(4)	(opcional)	33 - Indicação de <i>Á</i>	.cidente (a	cidente ou d 9	oença relacionada)
Procedimentos ou Iten			los								
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307350 2- 22 307350 3- 22 307350 4- 18 600008 5- 18 600241 6-	33 68 41 05 51	 	RUPTURA E LESAO LAB DIARIA DE ALUGUELTA	O MANGUITO I RAL - PROCED QUARTO COLE AXA DE APARE	ROTADO DIMENTO ETIVO DE ELHO / EG	R - PROCI VIDEOAR 2 LEITOS QUIPAMEN	EDIMENTO V TROSCOPIO COM BANH NTO PARA A	PICO DE OMBR VIDEOARTROS CO DE OMBRO HEIRO PRIVATIV ARTROSCOPIA I	O 1 COP 1 1 O 1 PAR 1 _	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ad	lmissão hospita	alar 40 -	Qtde Diárias Aut 1	orizadas 41 -	Tipo de Aco	omodação a	utorizada				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado43 - Nome do Hospital / Local Autorizado44 - Código CNES08.271.755/0001-32HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA6074502											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 05/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN A 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											





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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora
343269		94669512		94669512	05/04/2024 19:51	9466951
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social				
9750000010951329						
8 - Nome						
FELIPE RYUJI COIMBI	RA MIYAMOTO					
Dados do Profissional Solid	itante					
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone					1 - E-mail	
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIROS					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica	, , , , ,					
Paciente apresentando leso SINDR DO MANGUITO RO		onstradas em exame físico e	de imagem. Necessita de tratamento cirúrg	ico.		
AUTORIZADO CONFORM						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização		citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizad
_			O OB F 2,9X5,5MM 892350000	2		_ 2
80356130052			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE			
2- 00 71502661	ANO	CORAS FLEXIVEIS JUGG	ERKNOTTM - 912068 ANCORA FLEXIV	ELJ _ 3		_ 3
80044680086		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE	DA _ _ _		
3- 00 76221229	ANG	CORA EM PEEK COM INS	ERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - AN	COR _ 2	,	_ 2
10247700123		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE	DA _ _ _	_ _ _	
4- 00 00116700	CAN	NETA ABLACAO RF STRI	PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	<u> _ </u> 1	,	_ 1 _ ,
80743230025		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE	DA _ _ _	_ _ _	
5- 00 00622494	GAI	NCHO COMPRESSAO SU		<u> </u>	_ _ ,	_ 1
80356130057			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE		_ _ _	
6- 00 75788993	CAN		PIA SETORMED - 165 11 70 85 CANULA			_ 1 _ _ , _
80777280101		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE	DA _ _ _ _		
24 - Especificação do Materia						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		04/2024 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empres	a / Titular: UNIMED DO ESTA	DO DO PARANA	
Tololollo Collitatado. (10)0	or i 2000 / Emiliado om oor	0 1/202 1 // 10 10 11 12 12 0 0 0 1	TO CHANGE BE CHAGEM 7 EMPIOS	a / Thalai. OTTIMED DO EOTT	20 20 1740 447	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pre	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização	
	11			Ш		