

Ayrton Senna Da Silva Londrina - PR CEP 86050-460 Fone: (43)3375-6161 www.unimedlondrina.com.br

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - N° de guia no prestador 000095178022

Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário / Paco 7 - Número da Carteira 9942009539815012  10 - Nome completo ISIS MAYUMI KONO Dados do Contratado Solicita 2 - Código na Operadora / 78.614.971/0001-19	- Titular O ARABORI tante CNPJ / CPF	3022	8 - Validade da	Contratado	6 - Data de validade de 02/08/202:  9 - Atendimento a R N	N III 7	- Número do Cart 0360300682		e 1 [18 - Código CBO S]
14 - Nome do Profissional So VINICIUS RIBEIRO		0			06		32298	41	225225
Dados do Contratado Solici 19 - Código na Operadora / 78.614.971/0001-19	CNPJ / CPF	Nor	me do Hospital/Loca		ASA DE LONDR	INA			ugerida para Internação 124 10:00:00
22 - Caráter da Internação   <b>1</b>	23 - Tipo de Int	ternação	24 - Regime de Inte	ernação 25 - Q	tde. Diárias Solicitadas  001	26 - Previsão	o de uso de OPME	27 - Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação clínica JOANETE BILATERAL  Hipótse Diagnóstica 29 - CID 10 Principal (opcion	nal 30 - CID 10 (	(2) (opcional)	31 - CID 10 (3) (op	icional) 32 - C	ID 10 (4) (opcional)	3 - Indicação de	e Acidente (acidei	nte ou doença relacio	nada)
Procedimentos Solicitados 34 - Tabela 35 - Código d	o Procedimento 3	36 - Descrição						37 - Qtde. Solict	. 38 - Qtde. Aut.
22 30729183 22 30729203 18 60000554   _   _   _   _   _   _     _   _   _	tencial L	HALLUX VA	LGUS (UM PE) IA OU PSEUDA APARTAMENT	RTROSE DOS	TO CIRURGICO S METATARSOS/F	ALANGES -		2 2 1 1   	2 2 1  - - -   - - -   - - -   - - -
Dados da Autorização		1 [40 Obd - 5	piárias Autorizadas	] [41 - Tipo do	acomodação autorizada				
39 - Data Provável de Admi 05/06/2024 10		Jao - Qtae. D	001		ARTAMENTO	•			
42 - Código na Operadora / 78.614.971/0001-19				Prestador Autor	izado NTA CASA DE L	ONDRINA			44 - Código CNES 2580055
45 - Observação / Justifical Protocolo: 000701202 MÉDICO NÃO COOPER Empresa / Títular: UNI	40520900270 Te ADO **GUIA VÁ	<b>ÁLIDA SOMEN</b>	atado: (43)3373- TE P/AS DESPESA	1500 / AUTOR AS HOSPITALA	IZADO CONFORME U RES E ANESTESISTA	NIMED DE OR DE PLANTÃO.	RIGEM ***** HONORÁRIOS	DR VINICIUS RIBE MÉDICOS POR CO	EIRO MENEGAZZO NTA DO CLIENTE. **
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura	do profissional	solicitante	48 - Assi	natura do Beneficiário o	u Responsável	49 - Assi	natura do Responsáv	el pela Autorização



## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

**MATERIAIS ESPECIAIS - OPME** 

Pág.: 1 de 1

000095178022

2 - Nº

Atend. 0000000-00

CEP 86050-460 Fone: (43)3375-6161 www.unimedlondrina.com.br 343269 1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Referenciada 000095178022

000095178022 4 - Senha

5 - Data da Autorização 03/06/2024

dados do Beneficiário

9942009539815012 - Titular - Número da Carteira

ISIS MAYUMI KONO ARABORI

11 - E-mail

10 - Telefone

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000095178022

Jados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante

VINICIUS RIBEIRO MENEGAZZO

12 - Justificativa Técnica

ados da Cirurgia

JOANETE BILATERAL

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
12 Takala 14 Códina do Material 15 - Decrição	16 - Opção 17	<ul> <li>Otde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitad</li> </ul>	19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitario Aut	e 8

|-|-|/|-|-|

|-|-|/|-|-| |-|-|/|-||-|-|/|-|-|-|-|-|/|-|-|

|-|-|-|-|-|-

|-|-|/|-|-| |-|-|/|-|-|-|-|-|/|-|-| |-|-|/|-|-|

|-|-|/|-|-|

|-|-|-|-|-|-|-|-|-|-|-|

23 - Nº Autorização de Funcionamento

|-|-|-|-|-|-|-|-|-|-|-|-|  ---

21 - Registro ANVISA do Material 00245097

81118460046

|-|-|-|-|-|-|-|-|-|-|-|-|-|-|-|

ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA PARAFUSOS OMEGATECH BISELADOS TECHIMPORT - T1014.1030.034-ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA

ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA FRESA CIRURGICA PE SHS6SH 2,2X65MM 978821800

FRESA CIRURGICA PE WED65H 2,9X65MM 978821600

22 - Referência do material no fabricante

24 - Especificação do Material

Protocolo: 00070120240520900270 Telefone, Contratado: (43)3373-1500 / AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM \*\*\*\*\* DR VINICIUS RIBEIRO MENEGAZZO MÉDICO NÃO COOPERADO \*\*GUIA VÁLIDA SOMENTE P/AS DESPESAS HOSPITALARES ANESTESISTA DE PLANTÃO. HONORÁRIOS MÉDICOS POR CONTA DO CLIENTE. \*\*\*\*

Empresa / Títular: UNIMED SEGURADORA S/A 25 - Observação / Justificativa

26 - Data da Solicitação 20/05/2024

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização