

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91761102

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núm	ero da Guia Atr	ribuído pela Oper	radora		917	61102				
4 - Data da Autorização	1	5 - Senha		6 - Data de Val				<u>l</u>			
05/07/202	3 09:39		91761102		08/09/2	23					
Dados do Beneficiário			1			,					
7 - Número da Carteira			8 - V	alidade da Carteira	a	9 - Atendimen					
970002000758943	8					<u> </u>	1				
50 - Nome Social											
10 - Nome  LAERCIO GALDIN NAZARETO											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado	ora		13 - Nome do 0	Contratado							
08.271.755/0001-3	2		HOSPITAL	ARAUCARIA	DE LONDRI	IA LTDA					
14 - Nome do Profission	nal Solicitai	nte			15 -	Conselho Profiss	sional	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
RODRIGO SERIK	AWA DE	MEDEIROS	S		06			26535		41	225270
Dados do Hospital / L	ocal Solic	itado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operado		11		ital / Local Solicitad					21 - Data	a sugerida p	ara Internação
08.271.755/0001-3	32	НС	OSPITAL ARA	AUCARIA DE I	LONDRINA	.TDA			31/07/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendime	ento 23 -	- Tipo de Interna	ação 24 - Regir	me de Internação	25 - Qtde. D	árias Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OP	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
1		С		1		1		S			N
29 - CID 10 Principal (o	pcional)	30 - CID 10(2	2) (opcional)	31 - CID 10(3) (op	ocional) 32	CID 10(4) (opci	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c <b>9</b>	loença relacionada)
Procedimentos ou Ite	ns Assiste	enciais Solicita	ados								
34 - Tabela 35 - Có	digo do Pro	ocedimento	36 - Descrição	)					37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30735	033		ACROMIO	PLASTIA - PRO	CEDIMENT	VIDEOARTI	ROSCO	PICO DE OMBR	0 1		1
2- 22 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1							1				
3- 22 30735								O VIDEOARTRO			1
4- 22 30735								IMENTO VIDEO			1
5- 18 60000 6- 18 60024					_			IEIRO PRIVATIV ARTROSCOPIA I	_		1
7-   _					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				_		
8-	_  									_	_
9-	 	-   							_ 	_lll	_  
10-       _   11-	1   	-II  							- 	_III	 
12-	.—!—!—   _								- 	_   _  _	_    _
		. —,———									,
Dados da autorização 39 - Data provável da A		osnitalar 140	- Qtde Diárias Au	ıtorizadas 144	1 - Tipo de Acor	ndacão autoriza	ada				
39 - Data provaver da P	iumissao m	ospitalai   40	1	1		odação autoriza	aua				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código C 6074502							44 - Código CNES <b>6074502</b>				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 05/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PA ULO CONFEDERAÇÃO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
46 - Data da Solicitação	_	47 - Assin	atura do Profissio	onal Solicitante	I 48 - Assinatura	do Beneficiário	ou Respo	onsável   49 - Ass	inatura do	Responsáv	el 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 atribuído pela Operadora
343269		91761102		91761102	05/07/2023 09:39	917611
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social				
9700020007589438						
8 - Nome						
LAERCIO GALDIN NAZ	ARETO					
Dados do Profissional Solic						
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	I - E-mail	
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIROS					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesó M751 Ruptura do manguito AUTORIZADO CONFORMI	Rotador	onstradas em exame físico e	de imagem. Necessita de tratamento cirurgico			
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição	St. of the sector			sitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autoriza
21 - Registro ANVISA do Mate 1- <b>00 00590045</b>		22 - Referência do mater MINA PARA SHAVER SET		23 - Nº Autorização II <b>2</b>	de Funcionamento	_  2
80777280006	LAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  <b>2</b>		_  2
2- 00 71876561	ΔNO		PLICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 -			_  3    _ _ , _
80083650063	All		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		:     :  :  :  : -	
3- <b>00 00116700</b>	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			1
80743230025	<b>5</b> 7		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>                                     </u>	<u>  </u>	
4- 00 70917540	CAI		PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO	)		1
80777280003			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
5- <b>00 00596221</b>	GUI	A FLEXIVEL PASSADOR	SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226	M I I 1		1
80743230002		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. <u></u> .		
6- 00 76221229	ANG	CORA EM PEEK COM INS	ERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR	R  _  1		_  1
10247700123		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	371-2500 / Emitido em 05/	07/2023 /AUTORIZADO COM	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Tit	ular: UNIMED DO ESTAD	O DE SAO PAULO CONFEDERA	CAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	