

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93837011

(Via HOSPITAL)

34.3269 Section Sect	1 - Registro ANS 3 -	Número da Gui	a Atribuído	pela Operad	lora				7				
23/01/2024 16:02 93837011 25/03/2024	343269							93837011					
Section Sect													
So - Norme Social So - Norme Social													
50 - Nome Social	†			8 - Valid	dade da Carteira	a	9 - Ate		N				
To - Nome Antonio Fontana Junior Dados do Contratado Solicitante Ta - Codigo na Operadora Ta - Nome do Profissional Solicitante Ta - Virginia Ta - Nome do Profissional Solicitante Ta - Virginia Ta - Nome do Profissional Solicitante Ta - Nome do Profissional Solicita								N					
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19 13 - Nome do Contratado 15 - Conselho Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional Solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI 15 - Conselho Profissional (15 - Número do Conselho (24650) 17 - UF (18 - Código CE (24570) 18 - Código na Operadora / CNPJ (25270) 18 - Código na Operadora / CNPJ (25270) 19 - Código na Operadora / CNPJ (25270) 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ (27 - Nome do Hospital / Local Solicitado (24 - Regime de Internação (25 - Citás Didarias Solicitados (26 - Previsão de uso de OPME) (27 - Previsão de uso de Opmicitar (27 - Previsão de uso de Opmicitar (27 - Previsão de uso de Opmicitar (28 - Previsão de uso de Opmicitar (29 - Previsão de uso de Opmicitar (20 - Previsão de uso de Opmicitar (29 - Previsão de uso de Opmicitar (20 - Previsão de uso	50 - Nome Social												
13 - Nome do Contratado 13 - Nome do Contratado 14 - Nome do Profissional Solicitante MANRICIO RODRIGUES MIYASAKI 15 - Conseiho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código Conselho 19 - Código Na Operadora (CNPJ 18 - Código Conselho 19 - Código Na Operadora (CNPJ 18 - Código Conselho 19 - Código Na Operadora (CNPJ 18 - Código Conselho 19 - Código Na Operadora (CNPJ 18 - Código Conselho 19 - Código Na Operadora (CNPJ 18 - Código Conselho 19 - Códi													
RMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CE 24650 24	Dados do Contratado Solic	itante											
14 - Nome do Profrissional Solicitante MAURICIO RODRICUES MIVASAKI Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código no Aperadora / CNPJ 78.614.971/0001-19 22 - Caráter do Atendimento 2	· ·		- 11										
MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 21 - Data sugerida para Internação 30/01/2024 00:00 22 - Caráster do Atendimento 2			IRN	MANDADE	DA SANTA								
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitados RMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 21 - Data sugerida para Internação 30/01/2024 00:00	†		(I			t i		o Profissional	11		onselho	i i	
RMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 30/01/2024 00:00	Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Da	dos da Int	ternação									
22 - Caráter do Atendimento 2	,	NPJ	t	•			MDDING				1	• .	•
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 relacionar procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. A 1 - 22 30724279 REVISAO DE ARTROPLASTIAS DE QUADRIL COM RETIRADA DE COMPONE 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			L								<u></u>		
dor no quadril direitosoltura da protese 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 REVISAO DE ARTROPLASTIAS DE QUADRIL COM RETIRADA DE COMPONE 1 1 22 30724279 REVISAO DE ARTROPLASTIAS DE QUADRIL COM RETIRADA DE COMPONE 1 1 3- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 1 4- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	t t	1	ternação	24 - Regime	-	25 - Qtde		icitadas 26 - F			ME 27 - Pi	revisão de ι	·
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 relacionar general de Acidente (acidente ou de Acidente (acidente ou de Acidente (acidente ou de Acidente (acidente (acidente ou de Acidente (acidente (acident	,												
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. A 1- 22 30724279 REVISAO DE ARTROPLASTIAS DE QUADRIL COM RETIRADA DE COMPONE 1 1 1 1 1 1 1 1 1													
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. A	29 - CID 10 Principal (opciona	al) 30 - CID	10(2) (opc	ional) 31	- CID 10(3) (op	ocional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Ind	icação de A			oença relacionada)
1- 22 30724279 REVISAO DE ARTROPLASTIAS DE QUADRIL COM RETIRADA DE COMPONE 1 1 2- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1													
11-	1- 22 30724279 2- 18 60000384 3- 18 60000554 4-	o Procedimento	RE DI	EVISAO DE ARIA DE A ARIA DE A	COMPANHA APARTAMEN	INTE COM	REFEICA ES	AO COMPLET	ТА		ONE 1 1	Qtde. Solid	1
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada		ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Autor	rizadas 4	1 - Tipo de A	comodação	autorizada					
1 12				1	11		-						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado				•	ıtorizado						- 11	44 - Código CNES	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 23/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED OOPERATIVA CENTRAL 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			IRN	MANDADE	DA SANTA	CASA DE	LONDR	INA				[]	2580055



Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	B - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuío	do pela Operadora
				02027044	00/04/0004 40:00	İ	· · ·
		93837011		93837011	23/01/2024 16:02		93837011
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira	7	29 - Nome Social					
7 - Numero da Carteira 8650004031093000		29 - Nome Social					
8 - Nome ANTONIO FONTANA J U	NIOR						
Dados do Profissional Solicit	ante						
9 - Nome do profissional solicita	inte		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
MAURICIO RODRIGUES	MIYASAKI						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica dor no quadril direito/soltura dor no quadril direitosoltura o AUTORIZADO CONFORME	a protese						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição	Advanta Company		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mater1- 00 72886749		22 - Referência do mater	QUADRIL SEM CIMENTO - 100101914	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 1	
80044680371	1110		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		<u> </u>	_I '	IIII'III
2- 00 74004379	CAE		ERAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02	1		1	,
80044680330		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _		-•	
3- 00 73987905	ACE	ETABULO POLIETILENO	IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8	<u> _ </u> 1	_ _ _ ,	_ 1	,
80044680259		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- 00 73226513	FIO		SE OSSEA - CABO PARA CERCLAGEM CO	3	, ,	_ 3	_ ,
10223710073		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5- _	<u> _ _ _ </u>				_	_	_ ,
	-		-		_ _ _ _	_	
⁰⁻	· -			 		_l	- -
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa	70.4500 / Emiliate 00/	04/0004 /AUTORIZADO 000	NICODME LINIMED DE ODICEM. / E / T'' L	OFNITDAL NIACION	IAL LINIMED COORERATIVA CEN	JTD AI	
reletone Contratado: (43)33	73-1500 / Emitido em 23/	U 1/ZUZ4 /AU TURIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titula	II. CENTRAL NACION	IAL UNIMED COOPERATIVA CEI	NIKAL	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização		