

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91978066

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - 343269	ll ' '										
4 - Data da Autorização 5 - Senha 91978066 6 - Data de Vali			dade da Senh 23/09/2								
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Validade	e da Carteira		9 - Atendime	nto de RN				
0050000037231815			29/11/20	24			N				
50 - Nome Social											
10 - Nome TATIANNY DIAS CUST	TODIO RODRI	GUES									
Dados do Contratado Solic	itante										
12 - Código na Operadora		13 - Nom	ne do Contra	tado							
04.762.301/0001-03		HOSPI	ITAL DO C	CORACAC	DE LOND	RINA LTDA					
14 - Nome do Profissional So					15 - 06	15 - Conselho Profissional 16 - Número do C 24650			Conselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S			acão					2.000][]	
19 - Código na Operadora / C			-	ocal Solicitad	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
04.762.301/0001-03	<u> </u>	IOSPITAL	DO COR	ACAO DE	LONDRIN				02/08/2	2026 00:0	,
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inter	nação 24	- Regime de	Internação	25 - Qtde. [viárias Solicitada: 1	s 26 - Pr	revisão de uso de Ol	PME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica DOR NO QUADRIL ESQU	ERDOARTROSI	E									
29 - CID 10 Principal (opcional Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic			ID 10(3) (opc	cional) 32	- CID 10(4) (opi	cional)	33 - Indicação de		9	loença relacionada)
_	o Procedimento	36 - De:	-	. (01141 01	IED TECNI	CA OII VEDS	240 DE (OLIADDII) TD		- Qtde. Soli	
1- 22 30724058 2- 18 60000805 3-		DIARI	A DE QUA	ARTO COL	ETIVO DE		M BANH				1 1
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	0 - Qtde Diá	rias Autoriza	das 41	- Tipo de Aco	nodação autoriz	zada				
	·		1	1							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 44 - Código CNES 2758083											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 25/07/2023 / Empresa / Titular: SOTRAN S/A LOGISTICA E TRANSPORTE 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuíd	
343269		91978066		91978066	25/07/2023 14:28		91978066
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000037231815							
8 - Nome							
TATIANNY DIAS CUST	ODIO RODRIGUES						
Dados do Profissional Solid	itante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	11	- E-mail		
MAURICIO RODRIGUE	S MIYASAKI						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica							
DOR NO QUADRIL ESQUI DOR NO QUADRIL ESQUI							
DON'NO GONDINE LOGO							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do l 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do materi	ial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	 Solicitada 18 - Valor Unitário Solicido Eurocionamento 	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 74898957			ALICA ZIMMER - 00-6200-048-20 - CUPU			1	_ ,
			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	•—-•		-ı ·	י -
			ARES CERAMICOS - 00-8775-008-32	1		1	_ ,
			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	\			1
3- 74003976 CABECAS FEMORAIS DE CERAMIC			RAMICA ZIMMER - 00-8775-028-02	<u> </u> 1	_ _ _ ,	_ 1	_ _ , _
80044680330		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	A			
4- 00 74319035	COI	MPONENTE FEMORAL PA	RA QUADRIL NAO CIMENTADO ZIMME	R - _ 1	,	_ 1	_ _ , _
80175510040		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	A _ _ _	_		
5- _	_ _ _			_ _	_	_	_ _ , _
					_ _ _ _ _ _	_	
6-	_ _ _				_! _ _ _ _ ,	_	,
					_ _ _ _	<u>_ll</u>	
24 - Especificação do Materia	I						
25 - Observação / Justificativa		07/2023 / Empresa / Titular: !	SOTRAN S/A LOGISTICA E TRANSPORTE				
releione contratado. (40)e	5010 2000 / Emiliao em 20/	57720207 Empresa / Titular.	SOTIVITY OF LEGISTION E TRAINED ON TE				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
	11			II .			