

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91228058

(Via HOSPITAL)

1 " 11	Número da Guia	Atribuído	pela Opera	dora								
343269							912280	58				
4 - Data da Autorização 17/05/2023 16:17 5 - Senha 91228058 6 - Data de					idade da Se 21/0	7/2023						
Dados do Beneficiário									_			
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Cart					а	9 - A	Atendimento de N	e RN				
147000001943021 50 - Nome Social							IN					
10 - Nome MARIA ANTONIETA COSTA												
Dados do Contratado Soli	citante											
12 - Código na Operadora		H	Nome do Co									
08.214.460/0001-24		НО	SPITAL C	TOCENTRO								
14 - Nome do Profissional Se FERNANDO TAKAO (15 - Conselho Profissional 16 - Número do 19896			- Número do Co 896	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dao	dos da Int	ernação									
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 08.214.460/0001-24 HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA 22/05/2023 00:00												
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regim	e de Internação	25 - Qtd	le. Diárias S	Solicitadas 20	6 - Previsã	o de uso de OPI	ME 27 - F	revisão de u	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica				•								
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (c			opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 3			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Sol	icitados										
34 - Tabela 35 - Código 1 - 22 30735033 2 - 22 30735084 4 - 18 60024151 5 -	do Procedimento	AC RU RE	SSECCA UGUELT	LASTIA - PRO O MANGUITO O LATERAL D AXA DE APAR	D ROTAD DA CLAVI RELHO / I	OR - PRO	OCEDIMEN' PROCEDIMI MENTO PAR	TO VIDE ENTO VI RA ARTF	EOARTROSO IDEOARTRO ROSCOPIA F	O 1 COP 1 OSC 1	- Qtde. Solid	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de A	Acomodaçã	áo autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do			Nome do H	do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CN						44 - Código CNES 5301424		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 17/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIV A DE TRABALHO MEDICO												
46 - Data da Solicitação	47 - As	ssinatura c	o Profission	nal Solicitante	48 - Assina	atura do Be	eneficiário ou F	Responsáv	/el 49 - Ass	inatura do l	Responsávo	el pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		91228058		91228058	17/05/2023 16:17		91228058		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
1470000001943021									
8 - Nome									
MARIA ANTONIETA CO	OSTA								
Dados do Profissional Solid									
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail				
FERNANDO TAKAO C	NAGAVA								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica 03 ancoras jukkerknot 7885 solicitação de cirurgia de or AUTORIZADO CONFORM	nbro direito	r /01 radiofrequencia bipólar i	78632951/01 guia flexivel par sutura do l	MR - cotar na arthrom					
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 00596221 80743230002	GU		SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/E	·—-·	-	_ 1	_ _ , _		
	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
2- 00 71876561 80083650063	61 ANCORA COM SUTURA E APLICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 - ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				-	_ 3	,		
	CAL								
3- 76621995 80777280105	CA		.T - 161 12 10 08 TIPO 12 4,5 X 120 N CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	•	-	_ 2	_ _ , _		
	DO			-IDA _					
4- 78632951 80743230009	PU	NTEIRA DE ABLACAO RF	- ELBAR 1004 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	_ 1	-	_ 1	_ _ , _		
		AKTHKOW COWERC	DO DE IMPLANTESORTOPEDICOSE	-IDA _ _ _					
5- _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _					_	,		
		IIIIII				 			
6-	 					_	_ ,		
24 - Especificação do Materia		IIIIII		·					
24 - Especificação do Materia									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: / Emitido em 17/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	raficaional Caliaitanta		20 Assingting	o Responsável pela Autorização				
20 - Data da Solicitação	21 - Assinatura do Pr	Unasional Sulcitante		Zo - Assinatura d	o Kesponsavei pela Autorização				