

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91944725

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91944725							4725				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid	dada da Sa	nho l	3134	4723				
21/07/2023	3 13:58	5 - Serma	91944725	o - Data de Valld		9/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 1510000030383310)		8 - Va	lidade da Carteira		9 -	Atendimento N	de RN				
50 - Nome Social												
10 - Nome												
VILSON APARECIDO DE SOUZA												
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado												
12 - Código na Operadora 08.214.460/0001-24 13 - Nome do Contratado HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA												
14 - Nome do Profission					- 11	5 - Conse	elho Profissio	onal	16 - Número do 0	Conselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo			da Internação									
19 - Código na Operado				al / Local Solicitado	0					21 - Dat	a sugerida p	para Internação
08.214.460/0001-24				CENTRO DE L						<u> </u>	2023 00:0	
22 - Caráter do Atendimer	nto 23 -	Tipo de Internaç	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde	e. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de O S	PME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica												
29 - CID 10 Principal (op	ocional)	30 - CID 10(2)	(opcional) 3	1 - CID 10(3) (opci	ional)	32 - CID	10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de	Acidente (a	ecidente ou d	doença relacionada)
Procedimentos ou Iten	s Assiste	nciais Solicitad	dos									
1- 22 307350 2- 22 307350 3- 22 307350)33)68)84	ocedimento	ACROMIOP RUPTURA D RESSECCA	LASTIA - PROC DO MANGUITO O LATERAL DA	ROTADO A CLAVIO	OR - PR CULA -	OCEDIME PROCEDI	NTO V	/IDEOARTROS	RO 1 COP 1 OSC 1	7 - Qtde. Sol	1 1 1
4- 98 080119 5- 18 600241				SCOPIA DE OI AXA DE APARI				A D A A	DTDOCCODIA	1 DAD 1		1 1
6-			ALOGOLLII			AUIT A	MENTOF		INTROJECTIA			
Dados da autorização	Jania - 7		Ottle D'C		Tia · · ·		~					
39 - Data provável da Ad	imissão ho	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Aut 1	orizadas 41 -	- Tipo de A	comodaç 	ão autorizad	а				
42 - Código na Operado 08.214.460/0001-24		autorizado		ospital / Local Auto		DRINA	LTDA					44 - Código CNES 5301424
MOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA 5301424 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 21/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA Contratado: / Emitido em 21/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA Contratado: / Emitido em 21/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA Contratado: / Emitido em 21/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA Contratado: / Emitido em 21/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA Contratado: / Emitido em 21/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA Contratado: / Emitido em 21/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Emitido em 21/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Emitido em 21/07/2023 / Emitido												
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 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	nciada 91944725	4 - Senha	5 - Data da Autorização 21/07/2023 13:58	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 919447				
		31344723		91944725	21/01/2023 13.30		31344723		
Dados do Beneficiário		OO Nama Casial							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
1510000030383310									
8 - Nome									
VILSON APARECIDO I	DE SOUZA								
Dados do Profissional Solic	itante								
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	- E-mail				
FERNANDO TAKAO C	INAGAVA								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica 3 ancoras juggeknot/ 2 lam solicitação de cirurgia do or AUTORIZADO CONFORM	nbro direito	uencia bipolar/ 1 guia flexivel	para sutura do manguito rotador. Cotar para arthro	m					
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição			. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 00590045	LAN	WINA PARA SHAVER SET		<u> </u> 2		_ 2	,		
80777280006	241		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
2- 00712639	GAI	NCHO COMPRESSAO SU		1		_ 1	,		
80356130057 3- 71876561			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
				<u> 3 </u>		_ 3	,		
80083650063			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
4- 00608459	POR		ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA			_ 1	_ _ , _		
80082910131		AKTHKOW COWERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
⁵⁻	_ _ _				_	_	_ _ _ ,		
			-		_ _ _	_ _			
6-	 				_	_	-		
24 - Especificação do Materia		<u> </u>		1-1-1-1-1-1-1					
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: / Emitido em 21/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA									
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante					Responsável pela Autorização				