

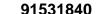
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91531840

(Via HOSPITAL)

					_		
1 - Registro ANS 343269 3 - Número da G	uia Atribuído pela Op	peradora		91531840			
4 - Data da Autorização 14/06/2023 11:00	ha 9153184	6 - Data de Validad	de da Senha 13/08/2023				
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira	i i	Validade da Carteira	9 -	Atendimento de RN	I		
0050000039494996	29	9/06/2024		N			
50 - Nome Social							
10 - Nome GUILHERME HENRIQUE BARBOSA							
Dados do Contratado Solicitante							
12 - Código na Operadora	11	o Contratado	. I ONDDINA I	TDA			
08.271.755/0001-32	HOSPITA	L ARAUCARIA DE			11.0 11.		
14 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS			06	elho Profissional	16 - Número do Co 26535	onselho 17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação							
19 - Código na Operadora / CNPJ20 - Nome do Hospital / Local Solicitado21 - Data sugerida para08.271.755/0001-32HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA24/07/2023 00:00							
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de	11	egime de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26 - P	revisão de uso de OP	ME 27 - Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica							
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CI	30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)		nal) 32 - CID	32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicad		o de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
Procedimentos ou Itens Assistenciais S	olicitados						
34 - Tabela 35 - Código do Procedimer 1- 22 30735025 2- 22 30735050 3- 22 30735041 4- 18 60000805 5- 18 60024151 6-	SINOVEO LUXACA LESAO L DIARIA D	ção CTOMIA PARCIAL C O GLENO-UMERAL ABRAL - PROCEDI DE QUARTO COLET LTAXA DE APAREL	PROCEDIM MENTO VIDEO TIVO DE 2 LEI	ENTO VIDEOAR DARTROSCOPIO TOS COM BANK	TROSCOPICO D CO DE OMBRO HEIRO PRIVATIV	DE O 1 1 /O 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias	11	ipo de Acomodaç	ão autorizada			
	1	1					
42 - Código na Operadora / CNPJ autoriza 08.271.755/0001-32	11	o Hospital / Local Autoriz L ARAUCARIA DE		.TDA			44 - Código CNES 6074502
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 14/06/2023 / Empresa / Titular: COMPANHIA CACIQUE DE CAFE SOLUVEL 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização							



2 - Nº Guia no Prestador

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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 91531840 91531840 14/06/2023 11:00 91531840 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000039494996 8 - Nome **GUILHERME HENRIQUE BARBOSA** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesões em ombro esquerdo, demonstradas em exame físico e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico M751 Ruptura do manguito Rotador **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 1- 00 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 2- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA FASTFIT ANCHOR RAZEK - 500120095 - 2,5 (FFA 22-25L) 3- 00 101097077 80356130205 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4- 00 70917540 CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO 80777280003 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 14/06/2023 / Empresa / Titular: COMPANHIA CACIQUE DE CAFE SOLUVEL 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização