

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93583615

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ro da Guia A	tribuído	pela Opera	dora				2245				
343269			93583615										
4 - Data da Autorização 5 - Senha 22/12/2023 16:16		93	93583615 6 - Data de Validade da 3			Senha /02/2024							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira				8 - Val	idade da Carteira	1	9 -	Atendiment	o de RN				
1870000005102182	2						N						
50 - Nome Social													
10 - Nome													
DENISSON BEZER	RA AFC	ONSO											
Dados do Contratado		•	7/40 1	1 1. 0	atasta la								
	12 - Código na Operadora				o Contratado ADE DA SANTA CASA DE LONDRINA								
14 - Nome do Profission							15 - Conselho Profissional 06			16 - Número do Conselho 24650		17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo			s da Inte	ernacão						24000][ZZOZ I O
19 - Código na Operado				•	I / Local Solicitad	do					21 - Data	sugerida p	ara Internação
78.614.971/0001-19		- 11			SANTA CAS		LONDRIN	IA			11	2024 00:0	-
22 - Caráter do Atendimer	nto 23 -	Tipo de Interr	nação	24 - Regim	e de Internação	25 - C	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OP	ME 27 -	Previsão de i	uso de Quimioterápico
1		С			1		1			S			N
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			(2) (opcid	(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionac 9			oença relacionada)	
Procedimentos ou Iten	s Assister	nciais Solicit	tados										
34 - Tabela 35 - Cóc 1- 22 307330 2- 22 307312 4- 18 600008 5- 18 600241 6-	949 973 216 805 51	cedimento	OS REC TRA	CONSTRI ANSPOSI IRIA DE (UGUELT <i>A</i>	JCAO, RETEI CAO DE MAIS QUARTO COL AXA DE APAR	NCIONA S DE 1 LETIVO RELHO	AMENTO TENDAO DE 2 LEI / EQUIPA	OU REFO - TRATAM TOS COM MENTO P	RCO D MENTO 1 BANH 'ARA A	O E/OU PLASTI O LIGAMENTO O CIRURGICO HEIRO PRIVATIVA	A # 1 CR 1 /O 1 PAR 1 _	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
39 - Data provável da Ad	lmissão ho	spitalar 40	0 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de	e Acomodac	ão autoriza	da				
1 1								44 - Código CNES 2580055					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 22/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED PATO BRANCO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização													



Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referer	ociada 93583615	4 - Senha	5 - Data da Autorização 22/12/2023 16:16	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93583615				
Dados do Beneficiário		93303013		93583615	22/12/2023 10.10		93303013		
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
1870000005102182		25 - Nome Goda							
8 - Nome									
DENISSON BEZERRA	FONSO								
Dados do Profissional Solici	ante								
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail				
MAURICIO RODRIGUES	MIYASAKI								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica LESAO COMPLETA LCA + LESAO COMPLETA LCA L AUTORIZADO CONFORME	ESAO CONDRAL								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4			
1- 00 70627657 10208610040	PL/		A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		- -	_ 1	_ ,		
2- 00 70530815	PA		TRUCAO LIGAMENTAR (ESTERILIZADO) - 3	 1		1			
10209780026			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	- - -			1-1-1-171-1-1		
3- 00 100066879	CA	NULA DE DEBRIDAÇÃO A	ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	1		_ 1	_ _ , _		
81288540024		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
4- _					_ _ _ , _	_	_ _ , _		
	_				_ _ _ _	_ _			
5-					_	_	_ _ , _		
	_		_			_ _			
6-	- 					_			
24 - Especificação do Material				<u> </u>					
24 Especimeação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 22/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED PATO BRANCO									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização				