

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91075687

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número	o da Guia Atri	buído pela Opera	dora							
343269 91075687					5687						
4 - Data da Autorização	- 11	5 - Senha	04075007	6 - Data de Vali]					
05/05/2023	08:51		91075687		04/07/2023						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira	19	- Atendimento	de RN				
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 005000001616113 05/04/2024						N	uc mi				
50 - Nome Social											
10 - Nome											
MARILENE ARALDI											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03			13 - Nome do C		DE LONDRIN	A LTDA					
14 - Nome do Profissional	Solicitante	<u></u>				selho Profissio	nal	16 - Número do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
DANILO CANESIN D					06		- 11	24619		41	225270
Dados do Hospital / Loc	al Solicita	ido / Dados	da Internação								
19 - Código na Operadora	/ CNPJ	- 11		al / Local Solicitad							ara Internação
04.762.301/0001-03					LONDRINA L	ΓDA				023 00:0	
22 - Caráter do Atendimento	23 - T	ipo de Interna	ção 24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde. Diária	Solicitadas	26 - Prev	visão de uso de OPN	ИЕ 27 - F	Previsão de I	uso de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica		С		1	1			S			N
29 - CID 10 Principal (opci	onal)	30 - CID 10(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (ope	cional) 32 - CIE	10(4) (opcion	al) 3	3 - Indicação de Ad		cidente ou d 9	oença relacionada)
Procedimentos ou Itens			dos								
34 - Tabela 35 - Códig 1- 22 3071716		edimento	36 - Descrição TRANSFERI	ENCIAS MUSC	CULARES AO N	IVEL DO ON	/IBRO -	TRATAMENTO		- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 3071702					LO UMERAL C						1
3- 18 6000080 4- 18 6002415					.ETIVO DE 2 LE :ELHO / EQUIP						1
5-	1 1 1	1.1.1	ALUGULLIA	ANA DE AFAN	LLIIO / LQUIF /	NILITIO FA	NINA AIN	TROSCOFIA	AN 1	1 1 1	
6-	 -	,, 								-,, - _	 _
7- _ _	_ _	_ _ _							_	_	
8- _	_ _	_								_	
9- _ _ _ _ _ _ _ _ _	- 	_ _ _								- 	
11-	 -	II 							_	-!! -	 _
12-	- -	_i_i_i							i_	<u>_iii</u>	
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adm	nissão hos	pitalar 40 -	Qtde Diárias Aut	orizadas 41	- Tipo de Acomoda	ção autorizada	а				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 04.762.301/0001-03 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA 44 - Código CNES 2758083											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 05/05/2023 / Empresa / Titular: MARIZETE ARALDI											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário ou	Respon	sável 49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

• 11	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		91075687		91075687			91075687			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira										
0050000001616113										
8 - Nome										
MARILENE ARALDI										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone		11 - E-mail					
DANILO CANESIN DAL	MOLIN									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica ARTROSCOPIA DO MANGI ARTROSCOPIA DE MANGI										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição Descrição	2.161.26.		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento					
21 - Registro ANVISA do Mater1- 74885006		22 - Referência do mate	nai no radricante RSO COMPREHENSIVE - 1	XI -115363 INSERT	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 1			
80044680228	ARTHROM COMERCIO DE II				<u> </u>	<u> </u> 	_ '	-'		
2- 00934780					_ 1		_ 1	_ı		
80044680228	044680228 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				 					
3- 00733440	00733440 FILTRO ASPIRADOR VIA ASPIRATE MEDIUM VM-03-02-0			2-01	<u> </u> 1	_ _ _ ,	_ 1	_		
81841280003	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			PEDICOSLTDA						
4- 00 00660108	SIS		PULSE 2500D-DPL-ST01		<u> </u> 1	_ _ _ ,	_ 1	_l		
81207919001	010		CIO DE IMPLANTESORTO			_ _ _ _		.		
5- 74884239 80044680228	SIS		RSO COMPREHENSIVE - 1 CIO DE IMPLANTESORTO			_ ,	_ 1	-		
6- 74884573	eie.		RSO COMPREHENSIVE - 1		_ _ _ 1 1		_ 1	.		
80044680228	313			MPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ '	_		
24 - Especificação do Material					11111			==		
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	115-2000 / Emitido em 05/	05/2023 / Empresa / Titular:	MARIZETE ARALDI							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização				



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	91075687	4 - Senha	5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operac 05/05/2023 08:51		do pela Operadora 91075687				
Dados do Beneficiário		31070007		91075687	00/00/2020 00:01		31070007			
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0050000001616113										
8 - Nome										
MARILENE ARALDI										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail										
DANILO CANESIN DAL MOLIN										
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica ARTROSCOPIA DO MANGUITO ROTADOR DIRETIRO COM DEFICIT DE MOBILIDADE ARTROSCOPIA DE MANGUITO ROTADOR DIRETIRO COM DEFICIT DE MOBILIDADE										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate 7- 74884140		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 4	,			
80044680228	0.0		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	,,		-1 -	IIII'III			
8- 74885103	SIS	TEMA DE OMBRO REVER	SO COMPREHENSIVE - 115395 PARAFUSO		 	_ 1	_ _ , _			
80044680228		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
9- _				<u>-</u>	_	_ _	,			
	_ _ _		- -		_ _ _ _					
			!!	_	_	,				
	_ _ _				_	_ _				
12-				<u>-</u>	_	_ _	,			
			- -							
24 - Especificação do Materia										
25 - Observação / Justificativa Telefono Contrate do: (40)3345-3000 / Emitido em 05/05/0033 / Empreso / Titulou MARIZETE ARAL DI										
Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 05/05/2023 / Empresa / Titular: MARIZETE ARALDI										
OO Date to Out the "	107 Assistant 5	"		100 4	Decree de la					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	otissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					