

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95049020

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núm	ero da Guia Atri	buído pela Opera	ndora		950/	10020				
		95049020									
4 - Data da Autorização <b>08/05/2024 16:08</b>		5 - Senha 95049020 6 - Data c		6 - Data de Valid	07/07/2024						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira 5/2026		- Atendiment					
005000003261366		N									
50 - Nome Social											
10 - Nome ELIANDRO DE SOUZA OLIVEIRA											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado 78.614.971/0001-1			13 - Nome do C	ontratado E DA SANTA (	CASA DE LOI	IDRINA					
14 - Nome do Profission  DANILO CANESIN					15 - Co <b>06</b>	15 - Conselho Profissional 16 - Número do <b>24619</b>			onselho	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Lo	ocal Solic	itado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operado			•	al / Local Solicitado	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
78.614.971/0001-1				A SANTA CAS			1.		<u> </u>	2024 00:0	
22 - Caráter do Atendime	nto 23	- Tipo de Interna <b>C</b>	ção 24 - Regim	ne de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diári		26 - Pr	revisão de uso de OPI <b>S</b>	ИЕ    27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico  N
28 - Indicação Clínica			<u>'</u>		· ·						
29 - CID 10 Principal (op	ocional)	30 - CID 10(2	) (opcional) 3	11 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - C	D 10(4) (opcio	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou d	loença relacionada)
Procedimentos ou Iter											
34 - Tabela         35 - Código do Procedimento         36 - Descrição         37 - Qtde. Solic.         38 - Qtde. Aut.           1- 22         30717108         FRATURAS E/OU LUXACOES E/OU AVULSOES - TRATAMENTO CIRURGICO         1         1           2- 22         30717140         RESSECCAO PARCIAL OU TOTAL DE CLAVICULA - TRATAMENTO CIRURGI         1         1           3- 18         60000805         DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO         2         2											
4-									_		
Dados da autorização											
39 - Data provável da A		ospitalar 40 -	Qtde Diárias Aut	orizadas 41 ·	- Tipo de Acomod	ação autorizad	da				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 78.614.971/0001-19 IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 2580055									-		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 08/05/2024 / Empresa / Titular: MARIA VANDA DE SOUZA OLIVEIRA											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	tura do Profissior	nal Solicitante 📙	48 - Assinatura d	Beneficiário o	ou Respo	onsável   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

· II	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269	95049020		95049020	08/05/2024 16:08		95049020				
Dados do Beneficiário				-						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social									
0050000032613663										
8 - Nome										
ELIANDRO DE SOUZA	OLIVEIRA									
Dados do Profissional Solici										
9 - Nome do profissional solicit		10 - Telefone	1	1 - E-mail						
DANILO CANESIN DAL	MOLIN									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica Queda em luta de jiu-jitsu										
Queda em luta de jiujitsu										
						+				
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento							
1- <b>00 03086500</b>		DESMOSE TOGGLELOC ZIPTIGHT 904759	I I 1		_  1   _					
80044680067		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
2-   _			_  _	_	_	,				
					_ _					
3-   _			-  _   _ -	_	_	il, l				
				_ _ _ _	_					
4-   _			-  _     _ _	_	-	,				
5-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1										
<sup>3-</sup>                -			- I—I			·I·II				
6-					 _	,				
			, 		_,					
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3:	873-1500 / Emitido em 08/05/2024 / Empresa / Titular:	MARIA VANDA DE SOLIZA OLIVEIRA								
Tololono Continuado. (10)00	70 Toda / Elimida dili da/da/2021 / Elimpiosa / Fidular.	WWW. VAUGABL GGGEAGEACT								
			10							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização		-				
			11			l				