

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90566180

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núm	nero da Guia	Atribuído	pela Oper	adora			9056	6180				
4 - Data da Autorizaçã 21/03/20		5 - Senha	90	566180	6 - Data de \		Senha ( <b>05/2023</b>						
Dados do Beneficián	io												
7 - Número da Carteir	a			8 - Va	alidade da Cart	eira	9 -	Atendimento	de RN				
10200000009074	58			02/0	9/2022			N					
50 - Nome Social													
10 - Nome USUARIO ADMISSIONAL LAR													
Dados do Contratad	o Solicitan	te											
12 - Código na Opera	dora		13 - 1	Nome do C	Contratado								
04.762.301/0001-	03		HOS	SPITAL	DO CORAC	AO DE LO	ONDRINA	LTDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante  JULIO DE CASTRO NETO						15 - Cons	elho Profissio	nal	16 - Número d	o Conselho	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>	
Dados do Hospital /	Local Solid	citado / Dado	ns da Inte	ernacão									
19 - Código na Opera				•	ital / Local Solic	itado					21 - Dat	a sugerida r	para Internação
04.762.301/0001-		- 11			L DO CORACAO DE LONDRIN			INA LTDA			30/03/2023 07:00		
22 - Caráter do Atendin	nento 23	- Tipo de Inte	rnação	24 - Regir	me de Internação <b>1</b>	25 - Q	tde. Diárias <b>2</b>	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de <b>S</b>	OPME   27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica USUÁRIA LUZIA DE	FATIMA	DA SILVA -	LESÃO (	COMPLE	XA NO OMBR	O D							
	(223,224)		0(0)(		24. (ID 40(0))		l ag OID	40(1) (		00 Indiana	Is A sidente (o		
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (o				ppcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação d	ie Acidente (a	9	doença relacionada)
Procedimentos ou It	ens Assist	enciais Solic	citados										
1- 22 3073 2- 22 3073 3- 22 3073	5033 5017 5068	rocedimento	AC SIN RU	OVECTO	PLASTIA - PI OMIA TOTAI DO MANGUI	L - PROCE TO ROTAI	DIMENT	O VIDEOAI	RTROS NTO V	PICO DE OM SCOPICO DE IDEOARTRO	BRO 1 OMB 1 OSCOP 1	' - Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1
4- 22 3073									OCEDII	MENTO VIDE			1
5- 98 0801			_		TROSCOPIA	_	_		DANILI		1 TIVO 4		1
6- 18 6000 7- 18 6002										EIRO PRIVA RTROSCOPI			1
7- 1 <b>6   6002</b>   8-	-101 	1 1 1 1	AL	JOUELI	AAA DE AF	ANELITO /	LGUIFA	L. 1 1 O P	SIVA AI		aian I	1 1 1	_ ; , , ,
9-													 
10-	 _  _										i		_    _
11-		,, 										,, _	
12-	_										İ_	_	
Dados da autorizaçã	ăo												
39 - Data provável da	Admissão h	nospitalar	40 - Qtde	Diárias Au <b>2</b>	ıtorizadas	41 - Tipo de <b>1</b>	Acomodaç	ão autorizada	а				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código								44 - Código CNES					
04.762.301/0001-03 HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA 2758083													
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 21/03/2023 /USUÁRIA LUZIA DE FATIMA DA SILVA - OMBRO DIREITO // AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE O RIGEM / Empresa / Titular: UNIMED OESTE DO PARANA													
46 - Data da Solicitaçã	ăo	47 - Ass	sinatura d	o Profissio	onal Solicitante	48 - Assi	natura do E	Beneficiário o	u Respo	nsável 49 -	Assinatura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referen	ciada <b>90566180</b>	4 - Senha	90566180	5 - Data da Autorização 21/03/2023 16:10	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90566180			
		90300100		90300100	21/03/2023 10.10	90300180			
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira	1	29 - Nome Social							
1020000000907458		29 - Nome Social							
8 - Nome USUARIO ADMISSIONA	LIAD								
Dados do Profissional Solicitante  9 - Nome do profissional solicitante  10 - Telefone  11 - E-mail									
JULIO DE CASTRO NE			To releione	'	i - L-maii				
Dados da cirurgia  12 - Justificativa técnica									
materiais USUÁRIA LUZIA DE FATIM			NFORME UNIMED DE ORIGEM						
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 76621995 80777280105	CAI		AT - 161 12 10 08 TIPO 12 4,5 X 120 MM , CM CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  2	_   ,	_  2			
2- <b>00 00241202</b>	TP		D 8,25X90MM PARTRO009			_  2			
80371250020	1100		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>	י י י				
3- <b>00 71876561</b>	ANG		PLICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 -	3		3			
80083650063		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	   _ _ _ _					
4- 00 00110116	CAI	NETA PARA ABLACAO R	F CAP SH 90 200	2	_ _ _ ,	_  2  _ _ , _			
80743230025		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
5-   _					_	_			
					_ _ _ _				
6-					_				
	_								
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 21/03/2023 /USUÁRIA LUZIA DE FATIMA DA SILVA - OMBRO DIREITO // AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED OESTE DO PARANA									
Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Entitido enti 21/03/2023 /0504KIA LUZIA DE FATIMA DA SILVA - OMBRO DIRETTO // AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM / EMPRESA / Titular: UNIMED DESTE DO PARANA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				