

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95342247

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da 343269		o pela Opera	dora		95	342247				
4 - Data da Autorização 5 - S 04/06/2024 10:10		5342247	6 - Data de Valid		Senha 08/2024					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN										
7 - Número da Carteira 8650001807724003 8 - Validade da Carteira					3 - Atchainte	N				
50 - Nome Social										
10 - Nome GLAUCIO VALERIANO DE BARROS										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora	11	- Nome do Co		0404 5	NE L ONDDINA					
78.614.971/0001-19	IRI	MANDADE	E DA SANTA (DE LONDRINA 15 - Conselho Profi	:!	16 - Número do C		UF 18 - Código CBO	
14 - Nome do Profissional Solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI				11	06	ssionai	16 - Número do Conselho 24650 17 - UF 41 18 - Código CBO 225270			
Dados do Hospital / Local Solicitado /		•	al / Local Solicitad							
19 - Código na Operadora / CNPJ 78.614.971/0001-19	ONDRINA			21 - Data suge 10/06/2024	rida para Internação 00:00					
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo d	e Internação	24 - Regim	e de Internação	25 - Qt	de. Diárias Solicitada	s 26 - P	revisão de uso de OP	ME 27 - Previsa	io de uso de Quimioterápico	
1	С		1		3		S		N	
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - 6	ento 36	- Descrição RTROPLAS	1 - CID 10(3) (opc STIA (QUALQI APARTAMENT	UER TE			33 - Indicação de A	9 37 - Qtde	e ou doença relacionada) e. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 3	
4-										
39 - Data provável da Admissão hospitala	r 40 - Qtde	e Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de	Acomodação autori	zada				
		3	12							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.614.971/0001-19 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado IRMANDADE DA SANTA CASA					DE LONDRINA	<u> </u>			44 - Código CNES 2580055	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 04/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL 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	3 - Número da Guia Referen	I I	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operado	
343269		95342247		95342247	04/06/2024 10:10		95342247
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
8650001807724003							
8 - Nome							
GLAUCIO VALERIANO	DE BARROS						
Dados do Profissional Solic							
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica ARTROPLASTIA (QUALQU ARTROPLASTIA QUALQU AUTORIZADO CONFORMI	ER TECNICA OU VERSAC						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição				itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitá	rio Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 71802398		22 - Referência do materia	n no fabricante ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO AC	23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
80023450092	AGI		O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 2 _ _ _	_ , _
2- 73999016 HASTES FEMORAIS NAO CIMENTADA -						_ 1 _ _ _	LI I I
80044680304			O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				-1/11
3- 73984736	ACI	ETABULO POLIETILENO IN	MPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8			_ 1	_ ,
80044680259		ARTHROM COMERCI	O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	· .			
4- 74004018	CAI	BECAS FEMORAIS DE CER	RAMICA ZIMMER - 00-8775-028-01	1	,	_ 1 _ _	_ ,
80044680330		ARTHROM COMERCI	O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _		
5- 74900994	CUI		LICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPULA	1	,	_ 1 _	_ , _
80044680269		ARTHROM COMERCI	O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. _ _ _ _			
6- _ _ _ 1 1 1 1 1 1 1	_ _ _				_	_	_ ,
24 - Especificação do Materia				IIII		11	
24 Especificação do Materia							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 04/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		