

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91407602

(Via HOSPITAL)

343269 4 - Data da Autorização			eradora		91407602							
	5 - Senha	1	6 - Data de Vali	dade da Senha	1]						
01/06/2023 1	+1	9140760	11	12/08/2023								
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira		8 -	Validade da Carteira	9 -	Atendimento de RN	l l						
0970000010596148					N							
50 - Nome Social												
10 - Nome ELDER MARIO GLAT	ΓZ											
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03		13 - Nome de	o Contratado L DO CORACAC	DE LONDRINA	A LTDA							
14 - Nome do Profissional S				15 - Cons 06	elho Profissional	16 - Número do Co	nselho 17	- 11	18 - Código CBO 225270			
						23336		<u>' </u>	223270			
Dados do Hospital / Loca 19 - Código na Operadora /		•	spital / Local Solicitad	lo		1	21 - Data suc	perida pa	ra Internação			
04.762.301/0001-03	0.11.0		O CORACAO DE		'DA		20/06/202		-			
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	ernação 24 - Re	gime de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26 - F	revisão de uso de OPM S	1E 27 - Previ	isão de u	so de Quimioterápico			
28 - Indicação Clínica		J L		J L								
29 - CID 10 Principal (opcio	nal) 30 - CID	10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de Ad	sidente (acide	nte ou do	ença relacionada)			
M199) C-1	:-:ad					9					
Procedimentos ou Itens A 34 - Tabela 35 - Código			rão				37 - Ot	de Solic	. 38 - Qtde. Aut.			
1- 22 30738040				TO FEMORO-A	CETABULAR - P	ROCEDIMENTO		uc. Oono	1			
2- 22 30738059)	CONDRO	PLASTIA COM S	UTURA LABRA	L - PROCEDIME	NTO VIDEOARTE	10 1		1			
3- 18 60000805						HEIRO PRIVATIV			1			
4- 18 		ALUGUE	LIAXA DE APAR	ELHO / EQUIPA	IMENIO PARA	ARTROSCOPIA P	AR 1	1 1	1			
6-	 	- 					- -	-ii -	 _			
7- _ _	_ _ _	<u> </u>						_	III			
8-	_ _ _	<u> </u>					_ _	_				
9-	 	<u> </u>					_	_				
10-	 	-l ————————————————————————————————————					 	-II 	 			
12-	 						_ _	 -	 _			
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admi	ssão hospitalar	40 - Qtde Diárias	Autorizadas 41	- Tipo de Acomoda	ção autorizada							
42 - Código na Operadora	/ CNPJ autorizado	11	o Hospital / Local Aut					11	14 - Código CNES			
04.762.301/0001-03 HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA 2758083 45 - Observação / Justificativa												
45 - Observação / Justificat	iva											
45 - Observação / Justificat Telefone Contratado: (43		nitido em 01/06/2	2023 / Empresa / Tit	tular: UNIMED RE	GIONAL MARING	A COOPERATIVA D	DE TRABALI	HO MED	ICO			



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		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		91407602		91407602	01/06/2023 14:55	9.	91407602
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0970000010596148							
8 - Nome							
ELDER MARIO GLATZ							
Dados do Profissional Solic	itante						
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1 1	1 - E-mail		
RAFAEL LEITE DE PIN	IHO TAVARES						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica EM ANEXO EM ANEXO							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário	Autorizado
•		22 - Referência do mater			de Funcionamento		
		AL PARTES OSSEAS 5,5X240MM INOX			_ 3 _ _ ,	ill	
31130100002 ARTHROM COMERCIO DE IM			4 _ _ _				
2- 00 00612103 EQUIPO BOM INFUSAO ARTROBO			<u> </u>		_ 1	ill	
		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
00 71502718 ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERM					_ 2 _ _ ,	<u> </u>	
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
		PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD <i>I</i>			_ 1	<u> </u>	
5- 03032256	INC		RIZACAO 90 GRAUS 150MM 11010021	* _ _ _ _			
80044680442			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	, <u> </u>		_ 1	;
6- 75043114	9117		CADA UHMWPE COM AGULHA - 023415			_ 2 _ _ ,	
80083650067	30		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-	_ ,	·
24 - Especificação do Materia				<u> </u>			
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		06/2023 / Empresa / Titular:	UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERAT	TIVA DE TRABALHO MEDIC	0		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização		
20 Data da Odilolação	Z1 = A33illatula d0 F1	onocional Conocante		20 - Assinatula u	o neoponisavoi poia Autorização		