

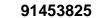
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91453825

(Via HOSPITAL)

Control Authorition Control Contro	1 - Registro ANS 3 - Núi	mero da Guia At	tribuído pela Ope	eradora							
Dados do Beneficialito Dados do Beneficialito Dados do Esteriola S- Visidado da Cartella S- Visidado da Cartella	343269					914	53825				
T. Nome of Contract T. Nome of Contract	1	11	9145382	H		•					
10 - Norme											
10 - Norme 10 - Color 10	†		11			1					
10 - Nome				00/2024			•				
BABELA CAMILLY RODRIGUES Dados do Contristado Solicitarios	SO HOME GOOR										
Ta - Nome do Printescen Ta - Nome do Printescen Ta - Nome do Printescen Ta - Nome do Printescenal Sociataria Ta - Nome do Hospital / Local Solicitado / Dades da Internação Ta - Odigo por do Printescena / Ta - Nome do Hospital / Local Solicitado / Dades da Internação Ta - Odigo por do Printescena / Ta - Nome do Hospital / Local Solicitado / Ta - Nome do Hospital / Local Solicitado / Ta - Nome do Hospital / Local Solicitado Ta - Odigo por do Printescena / Ta - Nome do Hospital / Local Solicitado Ta - Odigo por do Printescena / Ta - Nome do Hospital / Local Solicitado Ta - Odigo por do Printescena / Ta - Nome do Hospital / Local Solicitado Ta - Odigo por do Printescena / Ta - Nome do Printescena / Ta - Nome do Hospital / Local Solicitado Ta - Odigo por do Printescena / Ta - Nome do Hospital / Local Solicitado Ta - Odigo por do Printescena / Ta - Nome do Hospital / Local Solicitado Ta - Odigo por do Printescena / Ta - Nome do Hospital / Local Solicitado Ta - Odigo por do Printescena / Ta - Nome do Hospital / Ta - Nome do Hospital / Local Solicitado Ta - Odigo por do Printescena / Ta - Nome do Hospital / Ta - Odigo por do Printescena / Ta - Nome do Hospital / Ta - Tipo de Acomordação autorizado Ta - Nome do Hospital / Ta - Nome do Hospital / Ta - Tipo de Acomordação autorizado Ta - Odigo por Norta - Nome do Hospital / Ta - Nome do Hospital / Ta - Tipo de Acomordação autorizado Ta - Nome do Hospital / Local Autorizado Hospital / Loca											
14-Action/0001-24 HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA 16 - Número do Professional Solicitante 16 - Número do Professional Solicitante 18 - Código CID 19 - Código		nte									
15 - Conseintho Professional Solicitarine To - University To	† · ·		11		DE I ONDR	NA LTDA					
PERNANDO TAKAO CINAGAVA Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados do Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado / Dados do Internação 22 - Nome do Hospital / Local Solicitado Dados do Hospital / Local Solicitado Loc		ante	HOSHIAL	OTOCLITICO			sional 1	6 - Número do Co	onselho 1	7 - UF 1	18 - Código CBO
19 - Cido; na Operadora / CNPJ MOPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA 21 - Data sugerida para internegão 18.21 - A60/0001-24 MOPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA 22 - Conster do Anterimento 23 - Topo de Interneção 24 - Regime de Interneção 24 - Regime de Interneção 25 - Otos. Dárina Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Querimetrápica 28 - Indicação Clínica solicitação de cirturgia de ombro direito 1 30 - CID 10(2) (opcional) 33 - Indicação de Addente (acidente ou doença relacionada) 9 Procedimento ou Interna Assistanciaia Solicitados 36 - Descrição 37 - Cido Solicitados 38 - Otoc, Aut. 1 - 22 - 30735050 LUXACAO GLENO-UMERAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1	†				11	501.00.1101.0100	11		11	- 11	
08.214.460/0001-24	Dados do Hospital / Local Sol	icitado / Dados	da Internação		1						
23 - Tipo de Internação 1		11				LTDA			1		-
1							1 26 - Provis	são do uso do OPI	<u> </u>		
23 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código de Procedimento 35 - Cide Solic 36 - Cide Solic 37 - Cide Solic 37 - Cide Solic 37 - Cide Solic 37 - Cide Solic 38 - Cide Aut. 1 - 22 30735050 LUXACAO GLENO-UMERAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE 0 1 1 3 - 98 08011940 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENFERMARIA 1 1 3 - 18 6000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 1 5 - 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 6 - 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1	•	açau 24 - Neg	-	25 - Qide. D		20 - F16VI		VIL 127 - FIEV		·
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	1	ro direito									
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30735050 LUXACAO GLENO-UMERAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30735050	29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32	CID 10(4) (opcio	onal) 33	3 - Indicação de A	,	nte ou do	ença relacionada)
1- 22	Procedimentos ou Itens Assis	tenciais Solicit	ados								
6-	1- 22 30735050 LUXACAO GLENO-UMERAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE O 1 1 1 2- 22 30735041 LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 1 3- 98 08011940 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENFERMARIA 1 1 1 4- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 1 1										
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 08.214.460/0001-24 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA 44 - Código CNES 5301424 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 06/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE	6-								i	- - - - -	
1 1 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 44 - Código CNES 45 - Observação / Justificativa 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 06/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE		hospitalar 40	- Qtde Diárias A	utorizadas 41 -	- Tipo de Acor	odação autoriza	ıda				
D8.214.460/0001-24 HOSPITAL OTOCENTRO DE LONDRINA LTDA 5301424 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 06/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE COMPANION DE COMPAN	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			11	,	,					
Telefone Contratado: / Emitido em 06/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE	1 .	² J autorizado	11			NA LTDA				- 11	-
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	Telefone Contratado: / Emitic TRABALHO MEDICO										



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referend	ciada 91453825	4 - Senha	5 - Data da Autorização 06/06/2023 11:33	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 9145382		
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1170000001889018							
8 - Nome							
ISABELA CAMILLY RO	DRIGUES						
Dados do Profissional Solid	itante						
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	11	- E-mail		
FERNANDO TAKAO C	INAGAVA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica 03 ancoras juggerknot 7889 solicitação de cirurgia de or AUTORIZADO CONFORM	mbro direito	r /01 radiofrequencia bipolar	78632951/01 guia flexivel para sutura do MR -cotar	na arthrom			
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 78890578		22 - Referência do mater	rial no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 2	
80083650087	ANC		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ 	_ 3	_ ,
2- 00 	CAN		O AMC F 2,9X5,5MM 891710000			2	,
80356130052	07.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		_ı -	I—I—I—I"I—I—I
3- 78632951	PON	ITEIRA DE ABLACAO RF	- ELBART004			_ 1	_ _ , _
80743230009		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _ _		_,	
4- 00622494	GAN	ICHO COMPRESSAO SU	TURA BIP 74201000	<u> _ </u> 1	_ _ _ ,	_ 1	_ _ , _
80356130057		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5- _	_ _ _				_	_	_ _ , _
_ _	_ _ _ _			_ _ _ _	_		
6- _	_ _ _				_	_	_ _ , _
					_ _ _ _	_	
24 - Especificação do Materia	l						
25 - Observação / Justificativa							
		RIZADO CONFORME UNIN	MED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NO	RTE PIONEIRO COOI	PERATIVA DE TRABALHO MED	ICO	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	oficeional Solicitanto		28 - Assinatura da	Responsável pela Autorização		
20 - Dala da Sulicitação	27 - Assiriatura do Pic	mosional solicitante		20 - Assinatura 00	r Kesponsavei pela Autorização		