

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91437476

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3	Número da Guia	a Atribuído	pela Opera	dora			9143	7476				
4 - Data da Autorização	5 - Senha	l		6 - Data de Valid	dade da S	Senha	0140	1470				
05/06/2023 11:	:19	91	437476		04/0	08/2023						
Dados do Beneficiário			71									
7 - Número da Carteira 0050000002101648			11	lidade da Carteira 9/2023		9 -	Atendimento N	de RN				
50 - Nome Social			10/00									
10 - Nome NILSON EDEMIR GALLI												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 08.214.460/0001-24		11	Nome do Co	ontratado OTOCENTRO I	DELO	NDRINA	I TDA					
14 - Nome do Profissional So	licitante		JI II AL C	JIOOLIII KO	7		elho Profissio	onal	16 - Número do	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
FERNANDO TAKAO C					i	06		- 11	19896		41	225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	dos da Inte	ernação		,							
19 - Código na Operadora / C 08.214.460/0001-24	- 11		•	al / Local Solicitad		151A 1 TC				11		ara Internação
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte					ORINA LTDA Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso d			visão de uso de C	09/06/2023 00:00 OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico		
1	C C	emação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qi	0	Solicitadas	26 - Pre	S	27 -	Previsão de	N
28 - Indicação Clínica solicito cirurgia de ombro e	squerdo											
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)												
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	icitados									9	
	o Procedimento	36 - AC RU RES	PTURA D SSECCA UGUELTA	LASTIA - PROG DO MANGUITO O LATERAL D. AXA DE APAR	ROTAI A CLAV ELHO /	DOR - PR /ICULA - EQUIPA	OCEDIME PROCEDI MENTO PA	ENTO VI	IDEOARTROS O VIDEOARTR RTROSCOPIA	RO 1 SCOP 1 SOSC 1 PAR 1	7 - Qtde. Sol	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizad	а				
			0	1								
42 - Código na Operadora / 0 08.214.460/0001-24	CNPJ autorizado	11		OSPITAL / Local Auto		NDRINA	LTDA					44 - Código CNES 5301424
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido em 05/06/2023 / Empresa / Titular: NILSON EDEMIR GALLI 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												







GUIA DE SOLICITAÇÃO 2-Nº DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação				4 - Data da Autori	zação 5/2023 17:29			
5 - Senha				l 6 Número do	Guia Atribuido pela				
3 - Serilla			91578375	11	Guia Atribuldo pela	Operacora			91578375
Dados do Beneficiário				_					
7 - Número da Carteira			31 - Nome Social						
0050000002101648	3								
8 - Nome									
NILSON EDEMIR	GALLI								
Dados do Contratado	Solicitante								
9 - Código na Operadora			10 - Nome do Contratado						
08.214.460/0001-24	4		HOSPITAL OTOCENTR	O DE LONDRI	NA LTDA				
11 - Nome do Profission				11	elho Profissional	13 - Número d	o Conselho	14 - UF	15 - Código CBO
FERNANDO TAKA	O CINAGAVA			06		19896		41	225270
Dados da Internação									
16 - Qtde. diárias Adicio	nais Solicitadas	17 -Tipo	da Acomodação Solicitada						
1			<u> </u>						
18 - Indicação Clínica solicito liberação de pa	acote								
30110110 IIDETAÇÃO DE PR	acote								
Procedimentos ou Iter	ne Accietanciais A	dicionais S	Colicitados						
	digo do Procedimen		- Descrição				22	- Qtde. Solid	. 23 - Qtde. Aut
1- 98 080119	-		CT ARTROSCOPIA DE ON	IBRO - ENFER	MARIA		1	Qtao. Conc	1
2-		l					_	_	
3- _		_i _						_	
4- _		l						_	
5- _		l					_	_	_ _ _
6- _		_ _					L	_	_
7- _		_ _					_	_	
8-								_ _	
Dados da autorização									
24 - Qtde. Diárias Adicio	onais Autorizadas	11	da Acomodação Autorizada						
1		1							
26 - Justificativa da oper	radora								
27 - Observação / Justifi		/06/2023 / 5	Empresa / Titular: NILSON ED	DEMIR GALL					
releione contratado.	, Emiliao em 19/	00/2023 / E	Impresa / Titular. NILOON EL	LIVIII OALLI					
28 - Data da Solicitação	29 -	Assinatura	do Profissional Solicitante 30) - Assinatura do R	esponsável pela Au	utorização			



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		91437476		91437476	05/06/2023 11:19		91437476
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000002101648							
8 - Nome							
NILSON EDEMIR GALL	.I						
Dados do Profissional Solici	tante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	I - E-mail		
FERNANDO TAKAO CI	NAGAVA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica 03 ancoras juggerknot 7889 solicito cirurgia de ombro es		er /01 radiofrequencia bipolar	78632951/01 guia flexivem para sutura do Mr -cotar na	arthrom			
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00162477		22 - Referência do mater	rial no fabricante O AMC F 2,9X5,5MM 891710000	23 - Nº Autorização I 2	de Funcionamento	_ 2	_ ,
80356130052	UA.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_	1 1	_ _	
2- 00622494	GA	NCHO COMPRESSAO SU		I 1		_ 1	_ _ ,
80356130057			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		-1	111/11
3- 00608459	PO	NTEIRA DE RF 90GRAUS	ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA	_ 1	_ _ _ ,	_ 1	,
80082910131		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- 00 78890578	AN		•	_ 3	_ _ _ ,	_ 3	,
80083650087		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5-	-			- -	_	-	_ ,
	_ _ _		-		_ _ _	_	,
				!	!	_	- - -
24 - Especificação do Material		1111111		11111			
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: / Em		oresa / Titular: NILSON EDEM	1IR GALLI				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		