

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92072556

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Nún	nero da Guia	Atribuído	pela Opera	idora								
343269								920725	556				
4 - Data da Autorizaç 02/08/20	ão <b>23 16:12</b>	5 - Senha		2072556	6 - Data de V		Senha 10/2023						
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN													
0970000010014840								N					
50 - Nome Social													
10 - Nome ISADORA PIERAMI VINHOLI													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Opera	dora		13 -	Nome do C	ontratado								
78.614.971/0001-19 IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA													
1	14 - Nome do Profissional Solicitante  FABIO FRAGA MALULI DE OLIVEIRA						15 - Conselho Profissional 16 - Número do 39832				onselho	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital /	Local Soli	citado / Dad	los da Int	ernação									
19 - Código na Opera				-	al / Local Solicit	ado					21 - Data	sugerida p	ara Internação
78.614.971/0001	-19		IRMAN	DADE DA	A SANTA CA	ASA DE L	ONDRIN	IA			10/08/2	023 07:0	0
22 - Caráter do Atendir	mento 23	B - Tipo de Inte	ernação	24 - Regim	ne de Internação	25 - Q	tde. Diárias	Solicitadas 2	?6 - Previsã	o de uso de OP	ME 27 - F	Previsão de i	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica				<u> </u>									
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			0(2) (opci	(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 -	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relaciona <b>9</b>			oença relacionada)
Procedimentos ou I	tens Assist	l L tenciais Soli	citados										
1- 22 3073 2- 22 3073 3- 22 3073 4- 18 6000 5- 18 6000	Código do Pi 1224 13103 13014 100384 100554 14151 	rocedimento	TR INS SIN DIA DIA	STABILID NOVECTO ARIA DE ARIA DE UGUELTA	ICAO UNICA ADE FEMOR OMIA TOTAL ACOMPANH APARTAME AXA DE APA	RO-PATEI - PROCE ANTE CO NTO SIM	LAR, REL EDIMENTO DM REFEI PLES 'EQUIPA	O VIDEOAR CAO COMP MENTO PAR	TROSCO LETA RA ARTI	OPICO DE JO	1 RET 1 DEL 1 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1  1  1  1  1
Dados da autorização													
39 - Data provável da		hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	11	41 - Tipo de <b>12</b>	Acomodaç	ão autorizada					
1 ' '			11	3 - Nome do Hospital / Local Autorizado									44 - Código CNES
T8.614.971/0001-19   IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA   2580055     45 - Observação / Justificativa   Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 02/08/2023 / Referente ao equipo 4 vias material pago em conta hospitalar / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MA RINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO													
46 - Data da Solicitaç	ão	1/7 - Δο	sinatura	lo Profission	nal Solicitante	1 48 - Assi	natura do B	eneficiário ou F	Resnonsáv	/el   49 - Ass	inatura 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	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribu					
343269		92072556		92072556	02/08/2023 16:12		92072556				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0970000010014840											
8 - Nome											
ISADORA PIERAMI VIN	IHOLI										
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail						
<b>FABIO FRAGA MALUL</b>	I DE OLIVEIRA										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica EM ANEXOARTHROM CO EM ANEXO Referente ao equipo 4 vias											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada	a 20 - Valor Unitário Autorizado				
1- 00 76221474		CORA EM PEEK COM INS	ERSOR - GMREIS - 320-475191-PE4 - ANCO	<u> </u> 2	_ _ , _	_  2	,				
10247700123		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA									
2- <b>72215682 PARAFUSOS DE INTERFERENCIA</b>			NCIA REABSORVIVEIS BIOMET - 905605 -	_  1	,	_  1	_ _ , _				
80044680085 ARTHROM COMERCIO DE			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _						
3- <b>00590045</b>	LAN	IINA PARA SHAVER SET	ORMED - 001030306	1	,	_  1	_ _ , _				
80777280006		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _						
4-   _	_ _ _			.	_   _ _ ,	_	_ _ , _				
	_ _ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _					
5-   _	_ _ _			.	_   _ _ , _	_	,				
	_ _ _				_ _ _ _	_ _					
6-   _	_ _ _ _				_	-					
				_ _		_					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 02/08/2023 /Referente ao equipo 4 vias material pago em conta hospitalar / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	oficeianal Calicitanta		20 Assinctive d	Responsável pela Autorização						
zo - Data da Solicitação	21 - Assinatura do Pro	DIISSIONAL SUIICILANIE		Zo - Assinatura de	nesponsavei pela Autorização						