

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95745223

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núm	ero da Guia A	Atribuído	pela Opera	dora								
343269								9574	5223				
4 - Data da Autorizaçã 09/07/20	io 24 11:14	5 - Senha	95	745223	6 - Data de Val		Senha 709/2024						
Dados do Beneficiá	rio												
7 - Número da Carteir 0970000093526		8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN N											
50 - Nome Social													
10 - Nome UDSON RUBENS CORREIA													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 18.614.971/0001-19 IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA													
14 - Nome do Profissional Solicitante MAURICIO SHIGUENOBU KANASHIRO						11			16 - Número do C 5460	16 - Número do Conselho 5460		18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital /	Local Solic	itado / Dado	os da Inte	ernação									
19 - Código na Opera 78.614.971/0001 -		- 11			I / Local Solicita		LONDRIN	IA			11	a sugerida p 2024 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendin	nento 23	- Tipo de Inter	rnação	24 - Regim	e de Internação	25 - C	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OF	PME 27 - I	Previsão de I	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica pote o lesão de menisco medial lesão condral de joelho direito nesessita de tratamento cirurgico													
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			O(2) (opcid	opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionad 9			oença relacionada)	
Procedimentos ou It	ens Assiste	enciais Solic	itados										
1- 22 3073 2- 22 3073 3- 18 6000	ódigo do Pro 3065 3030 0554 4151	ocedimento	REI CO DIA	NDROPL	ASTIA (COM APARTAMEN	REMOC	AO DE C PLES	ORPOS L	IVRES	O VIDEOARTRO	OSC 1 INTO 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
5-											_ _ _ _		
Dados da autorização													
39 - Data provável da	Admissão h	ospitalar 4	10 - Qtde	Diárias Auto 1	orizadas 41		Acomodaç	ão autorizad	a				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado43 - Nome do Hospital / Local Autorizado44 - Código CN78.614.971/0001-19IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA2580055								44 - Código CNES 2580055					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 09/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO													
46 - Data da Solicitac	ão	47 - Acc	sinatura d	n Profission	al Solicitante	48 - Acc	inatura do P	Seneficiário o	u Resno	onsável 49 - Aso	sinatura do	Responsáv	el nela Autorização





ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		95745223		95745223	09/07/2024 11:14	95745223	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0970000009352699							
8 - Nome							
UDSON RUBENS COR	REIA						
Dados do Profissional Solici							
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	- E-mail		
MAURICIO SHIGUENO	BU KANASHIRO						
Dados da cirurgia							
	dial lesão condral de joell	elho direito, nesessita de trat no direito nesessita de tratan					
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00162477		22 - Referência do mate	rial no fabricante AO AMC F 2,9X5,5MM 891710000	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 1	
80356130052	CA		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ 	_ ' _ ,	
2-		7				_	
				-	_,		
3- _				_ _ _	_	_	
					_	_ _	
4-				- - - - -	_		
					_		
5-	_ _ _			- -	_		
6-1 1 1 1 1 1 1	 			-	_ _ _ _	!! _	
				-	_		
24 - Especificação do Material						<u>· · · </u>	
25 - Observação / Justificativa		/07/2024 /ALITORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Ti	tular: LINIMED REGIONAL	MARINGA COOPERATIVA DE	TRABALHO MEDICO	
reieiurie Curitiatauu. (43)3	57 5-1300 / EMILIAO EM 09/	01/2024 /AU I ORIZADO CO	THE OTHER PROPERTY OF THE PROPERTY IT	idiai. UNIIVIL <i>D</i> REGIONAI	- IVIANINGA GOOFERATIVA DE	HADDENO INIEDIOO	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
,					•		