

90122299

(Via HOSPITAL)



_|/|__|_|/|_

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 90122299 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 09/02/2023 10:09 90122299 16/04/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0320000082484864 30/11/2023 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde FERMINA ROMANO CASTELLAZZI Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 04.762.301/0001-03 **HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA** 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 18 - Código CBO 17 - UF **ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ** 06 17905 225270 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida pata Internação 04.762.301/0001-03 **HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA** 11/02/2023 00:00 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 22 - Caráter de Atendimento 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 23 - Tipo de Internação 2 S 3 Ν 1 1 28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO REVALIDAR A GUIA 89482170 29-CID10 Principal (opcional) 30-CID10(2) (opcional) 31-CID10(3) (opcional) 32-CID10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 34 - Tabela 36 - Descrição 1- 22 30726034 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1 1 2- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 1 3- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 3 3 12-Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 3 1 _|_|/|__| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 04.762.301/0001-03 **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA** 2758083 45 - Observação Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 84218860963 em 09/02/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURI TIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



90122299

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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora
343269		90122299		90122299	09/02/2023 10:09	90122299
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira 8 - Nome						
0320000082484864 FERMINA ROMANO CASTELLAZZI						
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail						
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO - REVALIDAR A GUIA 89482170 INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO REVALIDAR A GUIA 89482170 AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do It	em 15 -	Descrição		16 - Opcão 17 -	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do mater		,	22 - Referência do material no fal			23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 02967227	СО	MPONENTE FEMORAL	PS PERSONA STD DIREITO 05 42-5006-058-02	1	1 1 1 1 1	1
80044680307			CIO DE IMPLANTESORT	. <u></u> ,	!!!/i	
2- 74949861	PI /		ILENO ESTABILIZADO ZIMMER - 42-5226-004-1		1 1 1 1	
80044680317	,		RCIO DE IMPLANTESORT		 	'
3- 74931105	DA		42-5320-067-02 BASE TIBIAL CIMENTADA PER		- 	
				`		
			RCIO DE IMPLANTESORT			
4- 74932047	BA		42-5570-001-14 COMPONENTE HASTE TIBIAL	1	إ.اــــاــــاــــا	
80044680301			RCIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		I-	
5- 00 72397950	CIN	MENTO OSSEO PARA O	ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD CO) 2	,	_ _ 2 _ ,
10243070064		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		I_	_ _ _ _
6- _				-	,	_ _ _ ,
	_			_ _ _ _	<u> _ _ _ _ _ _ _ </u>	
24 - Especificação do material						
25 - Observações / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 84218860963 em 09/02/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURI TIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS						
HEROGOILERADE GOOT ETATTIVA DE WILDIGOO						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	fissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	
 	_					