

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91220463

(Via HOSPITAL)

| 4 - Data da Autorização 17 - Número da Carteira 0050000002014788 5 - Senha 16/07/2023 9 - Atendimento de RN 7 - Número da Carteira 0050000002014788 6 - Data de Validade da Senha 16/07/2023 9 - Atendimento de RN 8 - Validade da Carteira 0050000002014788 6 - Nome Social 10 - Nome MARIA JOSE BOGO MACHADO Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03 HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA 15 - Nome ob Profissional Solicitante 06 - Nome Social 17 - UF 18 - Código Carteira 18 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código Carteira 18 - Número do Conselho 18 - Número do Conselho 19 - Código na Operadora 19 - Código na Operadora / CNPJ 24650 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 22 - Cartater do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Citido. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de Opmico N N 28 - Indicação Clínica 1 S 27 - Previsão de uso de Químioter N N N N N N N N N | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Dados do Beneficiário T- Número da Carteira S- Validade da Carteira 20/06/2025 P- Atendimento de RN SO - Nome Social S- Validade da Carteira S- Validade S- Validade da Carteira S- Validade S- Valida | | | | | | | | | |
| To Nome Nome | | | | | | | | | |
| Dostono Dost | | | | | | | | | |
| 10 - Nome MARIA JOSE BOGO MACHADO Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código C 41 225270 225270 225270 22 - Caráter do Atendimento 2 - Caráter do Atendimento 2 - Tipo de Internação 2 - Nome de Internação 2 - Caráter do Atendimento C 1 C C C C C C C C | | | | | | | | | |
| 10 - Nome MARIA JOSE BOGO MACHADO Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora O4.762.301/0001-03 T3 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código C 24650 24650 24650 225270 225270 225270 225270 22 - Caráter do Atendimento C 1 - Oração Descripcio de uso de Opmic C 1 - Oração Descripcio de uso de Quimioter N 28 - Indicação Clínica 28 - Indicação Clínic | | | | | | | | | |
| MARIA JOSE BOGO MACHADO Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03 13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 04.762.301/0001-03 Dados do Atendimento 10 - Coda Internação Dados do Atendimento 10 - Coda Internação Dados do Atendimento 11 - Data sugerida para Internação Dados do Atendimento 12 - Previsão de uso de OPME N 28 - Indicação Clínica | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código C 225270 2 | | | | | | | | | |
| HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código C 24650 24650 245270 22527 | | | | | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 04 - Nome do Hospital / Local Solicitado 19 - Código na Operadora / CNPJ 04 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA 21 - Data sugerida para Internação 25/05/2022 00:00 22 - Caráter do Atendimento 1 | | | | | | | | | |
| MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI 06 24650 41 225270 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 04.762.301/0001-03 HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA 25/05/2022 00:00 22 - Caráter do Atendimento C 1 1 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Químioter 28 - Indicação Clínica 28 - Indicação Clínica | | | | | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 04.762.301/0001-03 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA 21 - Data sugerida para Internação 25/05/2022 00:00 22 - Caráter do Atendimento 1 | | | | | | | | | |
| 04.762.301/0001-03HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA25/05/2022 00:0022 - Caráter do Atendimento 123 - Tipo de Internação C24 - Regime de Internação 125 - Qtde. Diárias Solicitadas 126 - Previsão de uso de OPME S27 - Previsão de uso de Quimioter N28 - Indicação Clínica | | | | | | | | | |
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | | | | | | | | | |
| 1 C 1 1 S N 28 - Indicação Clínica N | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 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 relacional) 9 | | | | | | | | | |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados | | | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1- 22 30724058 ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA 1 1 2- 18 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 1 1 | | | | | | | | | |
| 3- | | | | | | | | | |
| Dados da autorização | | | | | | | | | |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar do - Qtde Diárias Autorizadas 1 41 - Tipo de Acomodação autorizada 12 | | | | | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CN 44 - Código CN 4758083 | | | | | | | | | |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 17/05/2023 /Sem cobertura contratual para Materiais e Medicamentos FORA de Ambiente Hospitalar! / Empresa / Titular : ELIMAR PLINIO MACHADO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | | | | | |



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 Referer | nciada 91220463 | 4 - Senha | | 04220462 | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atr | ' ' |
|---|-----------------------------|--|------------------------------------|-------------------|-----------------------|---|----------------------------|------------------------------------|
| | | 91220463 | | | 91220463 | 17/05/2023 10:37 | , | 91220463 |
| Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | | | |
| 0050000002014788 | | | | | | | | |
| 8 - Nome | | <u> </u> | | | | | | |
| MARIA JOSE BOGO M | | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solicitante | | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI | | | 10 - Telefone | | | 11 - E-mail | | |
| | | | | | | | | |
| Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica | | | | | | | | |
| dor no quadril direito rx dem | | | | | | | | |
| dor no quadril direito rx den | | ntos FORA de Ambiente Hos | oitalarl | | | | | |
| Sem cobertura contratuar p | ara materiais e medicarrier | ilos fora de Ambiente nos | Jilalai! | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | 10.0 ~ 17.0:1 | | ii 1 10 011 1 1 1 | |
| 13 - Tabela 14 - Código do l 21 - Registro ANVISA do Mate | | - Descrição 22 - Referência do mate | rial no fabricante | | | le. Solicitada 18 - Valor Unitário Solido o de Funcionamento | citado 19 - Qtde. Autoriza | ada 20 - Valor Unitário Autorizado |
| 1- 73949132 | CIN | MENTO OSSEO RADIOPA | CO SIMPLEX - 6191-0-000 CIME | NTO OSSEO | 2 | _ _ , _ | _ 2 | _ _ , _ |
| 80005430445 | | ARTHROM COMER | CIO DE IMPLANTESORTOPEDI | COSLTDA | | | | |
| 2- _ | _ _ _ | | | | | _ | _ _ | _ _ , _ |
| | | | | | | _ _ _ _ | _ _ | |
| ³⁻ - | _ _ _ | | | | | | _l | , |
| !!!!!! 4- | | IIIIII | - | | | | | _ , |
| | | | | | | | _ | 1111/111 |
| 5- _ | | | | | | _ _ _ , _ | _ | _ _ _ , _ |
| _ _ | _ _ _ | | | | _ _ | _ _ _ _ | _ _ | |
| 6- _ | _ _ _ _ | | | | | _ | _ | _ , |
| | | | | | | | | |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa | | | | | | | | |
| | | /05/2023 /Sem cobertura con | tratual para Materiais e Medicamer | ntos FORA de Ambi | iente Hospitalar! / E | mpresa / Titular: ELIMAR PLINIO | MACHADO | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pi | rofissional Solicitante | | | 28 - Assinatura d | lo Responsável pela Autorização | | |
| - | | | | | | - | | |