

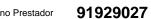
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91929027

(Via HOSPITAL)

		l .										
1 - Registro ANS 343269	- Número da Gui	ia Atribuído p	oela Opera	dora			91929	0027				
4 - Data da Autorização	5 - Senh	ıa		6 - Data de Valid	dade da S	enha						
20/07/2023 1	1:01	919	929027		25/0	09/2023						
Dados do Beneficiário] [0_1/all	idada da Camaira			A +	de DNI				
7 - Número da Carteira 0330506351000017			8 - vai	idade da Carteira		9-7	Atendimento (de KIN				
50 - Nome Social												
10 - Nome MARCELO RAMALHO TRINGUEIRO MENDES												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		11	lome do Co		SE LON	DDINA	TDA					
08.271.755/0001-32	Policitanto	поз	PHALA	RAUCARIA D				001 11	6 - Número do C	oncolho	17 - UF	18 - Código CBO
14 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS 15 - Conselh 06						eirio Profissioi	- 11	26535	onsemo	41	225270	
Dados do Hospital / Loca	al Solicitado / Da	ados da Inte	rnação]	
19 - Código na Operadora	CNPJ	t		I / Local Solicitado						21 - Data	sugerida p	para Internação
08.271.755/0001-32		HOSPITA	AL ARAI	UCARIA DE L	ONDRI	NA LTD	4			07/08/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de In	nternação	24 - Regime	e de Internação 1	25 - Qt	de. Diárias : 1	Solicitadas	26 - Previ	isão de uso de OP	PME 27 - I	revisão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica M751 Ruptura do mangu	ita Datadar											
29 - CID 10 Principal (opci	onal) 30. CID	110(2) (opcio	inal) 3	1 - CID 10(3) (opc	ional)	32 - CID :	10(4) (opciona	al) 33	3 - Indicação de <i>l</i>	Acidanta (2	Cidente ou c	doença relacionada)
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)		mai)	1 - OID 10(0) (ope				o - maicação de P	roidente (ai	9	locriça relacionada)		
Procedimentos ou Itens												
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 3073503	o do Procediment		Descrição	ASTIA - PROC	CEDIME	NTO VID	FOARTRO	SCOPI	CO DE OMBR		- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 3073506				O MANGUITO								1
3- 22 3073508	1	RES	SECCA	LATERAL D	A CLAV	ICULA -	PROCEDIA	MENTO	VIDEOARTRO	OSC 1		1
4- 22 3073504 ⁻				RAL - PROCEI						1		1
5- 22 30735093 6- 18 60000384				DA PORCAO COMPANHAN					ENTO VIDEO	ART 1 1		1
7- 18 6000080				QUARTO COL					IRO PRIVATIV			1
8- 18 6002415 ⁻	I	ALU	JGUELTA	XA DE APARI	ELHO/	EQUIPA	MENTO PA	RA AR	TROSCOPIA	PAR 1		1
9-	_	_									_	
10- _ 11-	- 	_								_	_lll l	_
12-	!: -	-i								-		 _
Dados da autorização												
39 - Data provável da Adm	ssão hospitalar	40 - Qtde D	Diárias Auto 1	orizadas 41 -	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	1				
42 - Código na Operadora	/ CNPJ autorizad	11		ospital / Local Auto								44 - Código CNES
08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 6074502 45 - Observação / Justificativa												
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 20/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED JOAO PESSOA												
46 - Data da Solicitação	47 - 4	Assinatura do	Profission	al Solicitante 4	48 - Assir	natura do B	eneticiário ou	Respons	savel 49 - Ass	sınatura do	Kesponsáv	el pela Autorização



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

Unimed #

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		91929027		91929027	20/07/2023 11:01	91929027				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0330506351000017										
8 - Nome										
MARCELO RAMALHO	TRINGUEIRO MENDE	S								
Dados do Profissional Solic										
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	11 - E-mail					
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIROS									
Dados da cirurgia										
 12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesô 	es em ombro esquerdo de	emonstradas em exame físic	o e de imagem. Necessita de tratamer	nto ciruraico						
M751 Ruptura do manguito	Rotador	omonoridado om oxamo noto	o o do magom. Nococona do natamor	no on argioo						
AUTORIZADO CONFORMI	UNIMED DE ORIGEM									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate			de Funcionamento					
1- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER SET		_ 2 SLTDA		_ 2				
80777280006 2- 00 101097077	EAS		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO 500120095 - 2,5 (FFA 22-25L)	SLIDA _ _ _						
80356130205	FA		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	# Sitda		_ 4				
3- 00 00116700	CA		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90			1				
80743230025	<u> </u>		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	·—-						
4- 00 70917540	CA	NULA PARA ARTROSCO	PIA SETORMED - 009 12 90 85 CA	NULA CO 1		_ 1				
80777280003		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	SLTDA _ _						
5- 00 00596221	GU	IA FLEXIVEL PASSADOR	SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP	/ES I 226M 1	_ _ , _	_ 1 <u> , </u>				
80743230002		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	SLTDA _ _ _ _	_ _ _ _					
6- 00 76221229	AN	CORA EM PEEK COM INS	ERSOR - GMREIS - 320-35085-SA	- ANCOR 1	,	_ 1				
10247700123		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	SLTDA _ _ _ _	_ _ _					
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 20/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED JOAO PESSOA										
Table 10 Communication (10) Service Communication Communic										
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante					o Responsável pela Autorização					