

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94090393

(Via HOSPITAL)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. A A Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 - Registro ANS	3 - Número da (Guia Atribuí	do pela Opera	adora								
16/02/2024 13:43 94090393 22/04/2024	343269							94090	0393				
S - Norme Social S - Norme Social S - Validade da Certeira S - Alendamento de RN N S - Alendamento de Contratado de RN N N N N N N N N N	1		94090393	11									
So - Name Special So -													
To - Nome CLAUCIO VALERIANO DE BARROS To - Nome do Contritatado Ta - Nome do Policiario Ta - Nome do Policiari	†			8 - Va	alidade da Carteira	a	9 -		de RN				
To - Name Calculurio VALERIANO DE BARROS)						N					
BAUGUIO VALERIANO DE BARROS Dados do Contratado Solicitarite 12 - Código no Cyperadora 78.614.971/0001-19 13 - Nome do Contratado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 15 - Corresirho Profissional 16 - Número do Corriselho 17 - UF 18 - Código CO 41 225270 18 - Número do Corriselho 17 - UF 18 - Código CO 41 225270 18 - Número do Corriselho 17 - UF 18 - Código CO 18 - Número do Corriselho 19 - Officio no Operadora / CNPJ 19 - Código no Coperadora / CNPJ 20 - Número do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 21 - Otato superida para Internação 22 - Cubra Superida para Internação 23 - Número do Acetadora / CNPJ 23 - Número do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 25 - Otato do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 26 - Otato do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 27 - Previsão da Valencimento da Acetadora / CNPJ 28 - Indicação Cilinica INDICAÇÃO CLINICA EM ANIEXO 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou deença relaciona 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabala 35 - CORGO SO Procedimento 35 - Descrição 36 - Descrição 37 - Otde, Solic. 39 - Otdes. A 37 - Otde, Solic. 39 - Otdes. A 38 - Descrição 39 - Descrição 30 - Data provávet da Admissão hospitalis 30 - Otde Dádes Autorizados 31 - Taba do Acetadora / CNPJ autorizado 34 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 44 - Código DNI 44 - Código DNI 44 - Código DNI 44 - Código DNI 45 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 44 - Código DNI 44 - Código DNI 44 - Código DNI 45 - Código DNI 46 - Código DNI 47 - Código DNI 48 - Código DNI 49 - Código DNI 40 - C	50 - Nome Social												
13 - Nome do Contratudo	+	ANO DE BAR	ROS										
14 - Norme do Profissional Solicitante MAURICIO (PORDIGUES MIYASAK) 15 - Conselho Profissional (Posselho Mauricio (Posselho													
1- Nome do Profissional Solicitante 17 - UF 18 - Código CE 16 - Nomero do Conselho 17 - UF 18 - Código CE 18 - Nomero do Conselho 17 - UF 18 - Código CE 18 - Nomero do Conselho 17 - UF 18 - Código CE 18 - Nomero do Profissional 18 - Nomero do Conselho 17 - UF 18 - Código CE 18 - Nomero do Hospital / Local Solicitado / 18 - Nomero do Hospital / Local Autorizado / 18 - Nomero do Hospital / Local Autorizado / 18 - Nomero do Hospital / Local Autorizado / 18 - Nomero do Hospital / Local Autorizado / 18 - Nomero do Hospital / Local Autorizado / 18 - Nomero do Hospital / Local Autorizado / 18 - Nomero do Hospital / Local Autorizado / 18 - Nomero do Hospital / Local Autorizado / 18 - Nomero do Hospital / Local Autorizado / 18 - Nomero do Hospital / Local Autorizado / 18 - Nomero do Hospital / Local Autorizado / 18 - Nomero do Hospital / Local Autorizado / 18 - Nomero do Hospital / Local Autorizado / 18 - Nomero do Hospital / Local Autorizado / 18 - Nomero do Hospital / Local Autorizado / 18 - Nomero do Hospital / 1			11			CASAI	DE LONG	DINA					
MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 21 - Date superida para internação 18 - Cádiga no Agregatora / CNP 22 - Other do Hospital / Local Solicitado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 22 - Other do Hospital / Local Solicitado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 23 - Tipo de Internação 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Other Dávisa Solicitadas 26 - Previsão de suso de OUMITOR 27 - Previsão de suso de OUMITOR 27 - Previsão de suso de OUMITOR 27 - Previsão de suso de OUMITOR 28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO 33 - Indicação de Acidente (acidente ou deença relaciona National Acidente ou deença relaciona 35 - Other Dávisa Solicitados 37 - Other Dávisa Solicitados 38 - Other Dávisa Solicitados 37 - Other Dávisa Solicitados 38 - Other Dávisa Solicitados 37 - Other Dávisa Solicitados 38 -													
19 - Código na Operadora / CNPJ RMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 21 - Data sugerida para Internação 25/02/2024 00.00 22 - Caráler do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Cido. Dádrias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OPME 28 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OPME 28 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OPME 28													
RMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 25/02/2024 00:00													
23 - Cli 10 Principal (opcional) 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - Cid Didrias Solicitadas NDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO 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 relacionar grant and principal grant and prin													
1 C 1 3 S N 28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO 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 portre de la complexa de Acidente (acidente ou doença relacional portre de la complexa de Acidente (acidente ou doença relacional portre de la complexa de Acidente (acidente ou doença relacional portre de la complexa de Acidente (acidente ou doença relacional portre de la complexa de Acidente (acidente ou doença relacional portre de la complexa de Acidente (acidente ou doença relacional portre de la complexa de Acidente (acidente ou doença relacional portre de la complexa de Acidente (acidente ou doença relacional portre de la complexa de Acidente (acidente ou doença relacional portre de la complexa de Acidente (acidente ou doença relacional portre de la complexa de Acidente (acidente ou doença relacional portre de la complexa de Acidente (acidente ou doença relacional portre de Acidente de Acidente (acidente ou doença relacional portre de Acidente de Acidente de Acidente (acidente ou doença relacional portre de Acidente de Aci				00 P	:-	<u> </u>							
NDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO	1	11 .	•	24 - Regin	_	25 - Q		Solicitadas	26 - Prev		7ME 27 -	Previsao de	•
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 portion of the portion of th		EM ANEXO											
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1- 22 30724058 ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA 1 1 1 1 1 1 1 1 1													
1- 22 30724058 ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Procedimentos ou Iten	s Assistenciais	Solicitados	J									
39 - Data provável da Admissão hospitalar 3 40 - Qtde Diárias Autorizadas 3 12 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNI	1- 22 307240 2- 18 600005 3-	58	4	ARTROPLA	ASTIA (QUALQ APARTAMEN	ITO SIM	PLES				ATA 1	- Qtde. Sol	1
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNI	·												
			11		•		DE LOND	RINA					44 - Código CNES 2580055
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 16/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED OPERATIVA CENTRAL 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorizaç													



2 - Nº Guia no Prestador

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 94090393 94090393 16/02/2024 13:43 94090393 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 8650001807724003 8 - Nome **GLAUCIO VALERIANO DE BARROS** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 73993514 COMPONENTES ACETABULARES CERAMICOS - 00-8775-008-32 80044680286 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 74003976 CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-028-02 80044680330 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 74326546 ACETABULO POLIETILENO CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-30 80175510058 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 73987905 **ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8** 80044680259 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |__|_|,|__| 5- 00 73996750 HASTES FEMORAIS NAO CIMENTADA - 00-7711-007-00 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 80044680304 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 16/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização