

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92008838

(Via HOSPITAL)

| | =3. | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------------|-----------------------|------------|-----------------------|--------------------------------|-------------------------|--|--|--|
| 1 - Registro ANS 3 - | Número da Guia | Atribuído pela O | peradora | | | | | | | | | |
| 343269 | | | | | 9200 | 08838 | | | | | | |
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | | 6 - Data de \ | /alidade da Ser | nha | | | | | | | |
| 27/07/2023 15 | :29 | 920088 | 38 | 29/09 | /2023 | | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 8 | - Validade da Carte | eira | 9 - Atendimento | o de RN | | | | | | |
| 9750000011134855 | | | | | N | | | | | | | |
| 50 - Nome Social | 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome | 10 - Nome | | | | | | | | | | | |
| GEOVANA LOURENC | O DE CARVA | LHO | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora | | l t | do Contratado | | | | | | | | | |
| 08.271.755/0001-32 | | HOSPITA | AL ARAUCARI | A DE LOND | RINA LTDA | | | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional So | | | | - 11 | 5 - Conselho Profissi | + 1 | 16 - Número do Cons | 11 | | | | |
| RODRIGO SERIKAWA | DE MEDEIR | os | | 0 | 6 | [2 | 26535 | 41 | 225270 | | | |
| Dados do Hospital / Local | | | | | | | | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / 0 | - 11 | | ospital / Local Solic | | A 1 TD A | | - 11 | 21 - Data sugerida | ' ' | | | |
| 08.271.755/0001-32 | | | SPITAL ARAUCARIA DE LOND | | DRINA LTDA | | | 21/08/2023 00:00 | | | | |
| 22 - Caráter do Atendimento | 23 - Tipo de Inte | ernação 24 - R | egime de Internação | 25 - Qtde | . Diárias Solicitadas | 26 - Prev | risão de uso de OPME | 27 - Previsão d | e uso de Quimioterápico | | | |
| 1 28 - Indicação Clínica | С | | <u> </u> | | 1 | | S | | N | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opcion | al) 30 - CID 1 | 0(2) (opcional) | 31 - CID 10(3) (| (opcional) | 32 - CID 10(4) (opcio | onal) 3 | 3 - Indicação de Acid | dente (acidente ou 9 | ı doença relacionada) | | | |
| Dragodimentos ou Itana A | naiotamainia Cali | nito do o | | | | | | | | | | |
| Procedimentos ou Itens As 34 - Tabela 35 - Código | do Procedimento | 36 - Descr | icão | | | | | 37 - Qtde. S | olic. 38 - Qtde. Aut. | | | |
| 1- 22 30735068 | 10 i ioceanneino | | - | TO ROTADO | R - PROCEDIME | ENTO VII | DEOARTROSCO | | 1 | | | |
| 2- 22 30735050 | | LUXACA | O GLENO-UM | ERAL - PRO | CEDIMENTO VID | EOART | ROSCOPICO DE | 0 1 | 1 | | | |
| 3- 22 30735041 | | LESAO I | LABRAL - PRO | CEDIMENTO | VIDEOARTROS | SCOPICO | DE OMBRO | 1 | 1 | | | |
| 4- 18 60000554 | | DIARIA I | DE APARTAME | ENTO SIMPL | .ES | | | 1 | 1 | | | |
| 5- 18 60024151 | | ALUGUE | LTAXA DE AP | ARELHO / E | QUIPAMENTO P | ARA AR | TROSCOPIA PA | R 1 | 1 | | | |
| 6- | _ _ _ | | | | | | | _ | | | | |
| 7- | _ _ _ | | | | | | | | | | | |
| 8- _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | | | | | | | | | |
| 10- | | | | | | | | | | | | |
| 11- | _ | | | | | | | | | | | |
| 12- | | | | | | | | | | | | |
| Dados da autorização | | | | | | | | | | | | |
| 39 - Data provável da Admis | são hospitalar | 40 - Qtde Diárias | Autorizadas | 41 - Tipo de Ad | comodação autorizad | da | | | | | | |
| | . | 1 | ı | 12 | • | | | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / | 43 - Nome (| do Hospital / Local | Autorizado | izado | | | | 44 - Código CNES | | | | |
| i ii | | | | CARIA DE LONDRINA LTDA 6074502 | | | | | | | | |
| 45 - Observação / Justificativa | | | | | | | | | | | | |
| Telefone Contratado: (43) | | nitido em 27/07/ | 2023 /AUTORIZA | ADO CONFOR | ME UNIMED DE C | ORIGEM | / Empresa / Titular | r: UNIMED DO E | STADO DO PARAN | | | |
| A | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 46 Data da Caliaitação | 47 A | I. D. C | | T 40 A | L. D C / | D | nával 10 Annina | I. D | | | | |



2 - N Guia no Prestador



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

| · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | 11 | | 4 - Senha | | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora | |
|---|---------------------------|-----------------------------|--|---------------------------------|--------------------------------|---|--|
| 343269 | | 92008838 | | 92008838 | 27/07/2023 15:29 | 92008838 | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | | |
| 9750000011134855 | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | |
| GEOVANA LOURENCO | DE CARVALHO | | | | | | |
| Dados do Profissional Solici | tante | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicitante | | | 10 - Telefone | 1 | 1 - E-mail | | |
| RODRIGO SERIKAWA | DE MEDEIROS | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica Paciente apresentando leső M751 Ruptura do manguito AUTORIZADO CONFORME | Rotador | emonstradas em exame físico | o e de imagem. Necessita de tratamento c | irurgico | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do M | | Descrição | | | | citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado | |
| 21 - Registro ANVISA do Mate | | 22 - Referência do mater | | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento | | |
| 1- 00 00590045 80777280006 | LAI | MINA PARA SHAVER SET | ORMED - 001030306 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT | _ 2 TDA | _ , | _ 2 _ _ , _ | |
| 2- 00 71502661 | ANG | | ERKNOTTM - 912068 ANCORA FLEXI | | | 4 | |
| 80044680086 | AN | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT | | | _ 4 _ , | |
| 3- 00 70917540 | CAI | | PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANUL | | | _ 2 | |
| 80777280003 | . | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT | | | | |
| 4- 00 00116700 | CAI | NETA ABLACAO RF STRI | PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 20 | 0 _ 1 | | _ 1 | |
| 80743230025 | | ARTHROM COMERO | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT | DA _ _ _ | | | |
| 5- _ | | | | | _ | _ | |
| | _ | | | _ | _ _ _ _ | _ _ | |
| 6- _ | | | | _ _ | _ | | |
| | | | | | _ _ _ _ | | |
| 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefona Contratado: (43)3 | 271-2500 / Emitido em 27/ | 07/2023 /ALITORIZADO CON | NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empre | sea / Titular: LINIMED DO ESTAI | DO DO PARANA | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pr | | TOTAL STRINGED DE STRISEM / ETIPLE | | n Responsável pela Autorização | | |
| | | | | | | | |