

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91289769

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núm	ero da Guia Atr	buído pela Opera	adora		0129	89769				
		E Conho		C Data da Vali	dada da Canha	7	09/09				
4 - Data da Autorização 23/05/2023	1	5 - Senha	91289769	6 - Data de Valid	22/07/20	3					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			++	llidade da Carteira		9 - Atendiment	to de RN				
8650002609439009	9		31/0	3/2023		N	l				
50 - Nome Social											
10 - Nome ROBSON DE CAM	POS LO	PES									
Dados do Contratado Solicitante											
	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA										
14 - Nome do Profission					15 - C 06	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 23858			onselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	ocal Solic	itado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operado			-	al / Local Solicitad	lo				21 - Dat	a sugerida p	ara Internação
08.271.755/0001-3	2	нс	SPITAL ARA	UCARIA DE L		DA			29/05/	2023 00:0	-
22 - Caráter do Atendime	nto 23	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	11	as Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OPI S	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica											
29 - CID 10 Principal (or	ocional)	30 - CID 10(2) (oncional) [3	31 - CID 10(3) (opc	pional) 32 . (ID 10(4) (opcic	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	gidente qui c	Joanes relacionada)
25 - CID TO Fillicipal (O	ocional)	30 - CID 10(2) (opcional)	10(3) (opt	Siorial) 32 - 0	10(4) (opcic	Jilai)	33 - Mulcação de A	cidente (a	9	ioeriça relacionada)
Procedimentos ou Iter											
34 - Tabela 35 - Cóc 1- 22 30733(2- 22 30733(3- 18 60000(4- 18 60024	065 049 554	ocedimento	REPARO OI OSTEOCON DIARIA DE	U SUTURA DE IDROPLASTIA APARTAMEN	ESTABILIZ TO SIMPLES	CAO, RES	SECCA	O VIDEOARTRO O E/OU PLASTI ARTROSCOPIA F	SC 1 A # 1	' - Qtde. Sol	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
5-									_ _ _ _ _		
Dados da autorização		oonitoler 40	Otdo Diáries * :	torizodea	Ting do A	dooão outi-	do				
39 - Data provável da A	umissão h	ospitalar 40	· Qtde Diárias Aut 1	torizadas 41	- Tipo de Acomo	uaçao autoriza	da				
42 - Código na Operado 08.271.755/0001-3		J autorizado	1	lospital / Local Aut		A LTDA					44 - Código CNES 6074502
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 23/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
40 - Data da Solicitação		47 - ASSIN	atura uo Profissioi	nai Suicitante	40 - Assinatura (o peneliciario (ou Kesp	unsavei 49 - ASS	เหลเนเส d0	Responsav	ei pela Autorização



Unimed A

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

· 11	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269	912897	69	91289769	23/05/2023 10:30	91289769				
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social								
8650002609439009									
8 - Nome									
ROBSON DE CAMPOS I	OPES								
Dados do Profissional Solicitante									
9 - Nome do profissional solicita		10 - Telefone	1	I - E-mail					
CIRO VERONESE DOS	SANTOS								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica PACIENTE APRESENTAND S832 Reparo ou Sutura de m AUTORIZADO CONFORME	enisco	TRADAS EM EXAME FÍSICO E DE IMAGEM. NECI	ESSITA DE TRATAMENTO	O CIRURGICO DE URGÊNCIA P	DIS ESTÁ COM MUITA DOR				
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do Ma					itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Materi1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER	naterial no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 1				
80777280006	_	ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		1/ 1/					
2- 00 78898676		ACAO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO	D _ 2		_ 2				
80044680449		ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	- <u> </u> -						
3-	<u> </u>		_	_	_				
			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _				
4- _	<u> </u>		_	_	_				
				_ _ _ _	_ _				
5- _			_	_					
				_ _ _ _					
6-			_	_					
24 - Especificação do Material	- -								
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 23/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL									
26. Data da Calinitana	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		00 4	Poppopoával pole Autorios 2					
26 - Data da Solicitação	Zr - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					