

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

**93692020** (Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - <b>343269</b>	Número da Gu	ia Atribuído	pela Opera	adora			9369	2020				
4 - Data da Autorização	5 - Senl	na		6 - Data de V	'alidade da S	Senha			I			
10/01/2024 11	:40	9:	3692020		10/	03/2024						
Dados do Beneficiário			110.11			ll a	• "					
7 - Número da Carteira 0050000004077540			11	ilidade da Carte 1/2024	eira	9-7	Atendimento <b>N</b>	de RN				
50 - Nome Social												
10 - Nome WILSON GIMENEZ												
Dados do Contratado Solid	citante											
12 - Código na Operadora <b>08.271.755/0001-32</b>		11	Nome do C	ontratado ARAUCARIA	A DE LON	IDRINA L	.TDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante  RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS							15 - Conselho Profissional <b>06</b>			onselho	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local			ternação						26535			2202.0
19 - Código na Operadora / C			-	al / Local Solicit	tado					21 - Dat	ta sugerida p	para Internação
08.271.755/0001-32		HOSPI	SPITAL ARAUCARIA DE LONDI			RINA LTDA			29/01		1/2024 00:00	
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de l	nternação	24 - Regim	ne de Internação <b>1</b>	25 - Q	tde. Diárias S <b>1</b>	Solicitadas	26 - P	revisão de uso de OF <b>S</b>	PME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica												
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CIE	0 10(2) (opc	ional) 3	31 - CID 10(3) (d	opcional)	32 - CID 1	10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de /	Acidente (a	acidente ou d	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais S	olicitados										
	lo Procedimen		- Descrição							37	7 - Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- <b>22 30733065</b> 2- <b>22 30733049</b>									O VIDEOARTRO			1
2- <b>22</b>							•		IO E/OU PLAST HEIRO PRIVATIV			1
4- 18 60024151		AL	.UGUELT	AXA DE APA	ARELHO /	EQUIPA	MENTO P	ARA A	ARTROSCOPIA	PAR 1		1
5-	_	_								-	_ _ _	_
7-   _												 
8-	_	_! _									_	
9-	_	_  _								-	_	 
11-	_    _										_ _ _	   _
12-	_  _									l	_  _	
Dados da autorização	~ b:	1 40 044-	Diásias Aud		44 Tine de	A	~					
39 - Data provável da Admiss	sao nospitalar	40 - Qtae	Diárias Aut <b>1</b>	11	41 - Tipo de <b>1</b>	Acomodaça	ao autorizad	ıa				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 08.271.755/0001-32  43 - Nome do Hospital / Loca HOSPITAL ARAUCAR						IDRINA L	TDA					44 - Código CNES <b>6074502</b>
45 - Observação / Justificativa												
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 10/01/2024 / Empresa / Titular: WILSON GIMENEZ												
46 - Data da Solicitação	1 47 -	Assinatura (	do Profission	nal Solicitante	1/8 - Δεεί	natura do Re	eneficiário o	u Rasn	onsával 149 - Asi	sinatura do	Poenoneáv	vol pola Autorização



## 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Opera			
343269		93692020		93692020	10/01/2024 11:40		93692020		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000004077540									
8 - Nome									
WILSON GIMENEZ									
Dados do Profissional Solid									
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	11	1 - E-mail				
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIROS								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando les S832 Reparo ou Sutura de		emonstradas em exame físico	o e de imagem. Necessita de tratamento cirrugico						
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20	0 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate 1- <b>00 00499293</b>		22 - Referência do mater	ial no fabricante O OB F 2,9X5,5MM 892350000	23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
80356130052	CAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		<u>  </u>   	_  1			
2-	11111	/IIIIIIII GOMENG	510 52 IIII 27.111 2301 1 01 2510 002 1 57.			1 1 1 1 1			
					_,	_	1-1-1-1-1/1-1-1		
3-						 _			
	_ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _			
4-					_	_	_ _ , _		
				_ _ _	_ _ _ _	_ _			
5-   _	_ _ _				_	_ _	,		
			-             -		_ _ _ _				
6-   <u>                                    </u>	 				_	_	,		
24 - Especificação do Materia									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 10/01/2024 / Empresa / Titular: WILSON GIMENEZ									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				