

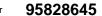
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95828645

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núme	Número da Guia Atribuído pela Operadora 95828645								
4 - Data da Autorização	11	5 - Senha	0500045	6 - Data de Valid		1				
16/07/2024 Dados do Beneficiário	21:44		95828645		15/09/2024	_				
7 - Número da Carteira			8 - Va	alidade da Carteira	9	- Atendimento de	RN			
9759005004822008	l		31/0	7/2024		N				
50 - Nome Social										
10 - Nome										
MILTON IDERIHA Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado										
08.271.755/0001-32			HOSPITAL	ARAUCARIA L	DE LONDRINA	AC Número	1- 011 1		40. Of dire ODO	
14 - Nome do Profissiona CIRO VERONESE					06	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 23858		io Conseino	1 11	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solicit	ado / Dados	s da Internação							
19 - Código na Operado 08.271.755/0001-32		- 11	OSPITAL ARA)A		11	sugerida pa 024 00:00	ra Internação
22 - Caráter do Atendimen	to 23 -	Tipo de Intern C	ação 24 - Regin	ne de Internação	25 - Qtde. Diária	S Solicitadas 26	- Previsão de uso de	27 - P		so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica				•	<u> </u>					
29 - CID 10 Principal (op M190		30 - CID 10(M190	(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 - CII	10(4) (opcional)	33 - Indicação o		idente ou do 9	pença relacionada)
Procedimentos ou Iten			ados							
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307260 2- 18 600005 3-	34 54	cedimento	ARTROPLA DIARIA DE	STIA TOTAL D	TO SIMPLES		S - TRATAMENT	TO CIR 1 3	- Qtde. Solice	38 - Qtde. Aut. 1 3
Dados da autorização 39 - Data provável da Ac	missão ho	enitalar 40) - Qtde Diárias Au	torizadas A1	- Tipo de Acomoda	cão autorizada				
55 Bala provaver ud Ac			3	12		yao aatonzada				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 08.271.755/0001-32 43 - Nome do Hospital / Lo HOSPITAL ARAUCA				al Autorizado RIA DE LONDRINA LTDA 44 - Código CNES 6074502						
45 - Observação / Justifii Telefone Contratado:			ido em 16/07/202		ular: UNIMED DO			Assinatura do I	Responsáve	l pela Autorização



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

1 - Registro ANS 3 - 343269	Número da Guia Referen	ciada 95828645	4 - Senha	95828645	5 - Data da Autorização 16/07/2024 21:44	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95828	26/5
		93020043		93020043	10/07/2024 21.44	93020	1043
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
9759005004822008	•	25 Nome Goda					
8 - Nome							
MILTON IDERIHA							
Dados do Profissional Solicitar							
9 - Nome do profissional solicitant			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
CIRO VERONESE DOS SA	ANTOS						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica DOR EM JOELHO DIREITO, L ARTROSE PRIM DE OUTR AF		L, PIORA PROGRESSIVA. 1	NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO	PARA COLOCALÇAO E	E PROTESE UNICOMPARTIMEN	NTAL DEVIDO ARTROSE.	
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Mate		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autoriz	zado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 76394239 80044680227	515		NEE OXFORD CIMENTADO - 166941 COMP CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	.l
2- 00 72397950	CIM		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	_ _ _ 		_ 2 _ _ ,	
10243070064	Cilv		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 		_	-1
3- 00 76394620	SIS		NEE OXFORD CIMENTADO - 159531 COMP			_ 1	
80044680227	5.5		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				-1
4- 00 76393984	SIS		NEE OXFORD CIMENTADO - 159576 INSER			_ 1	_1
80044680227		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.—. _ _ _			•
5-	_ _ _			. _ .	_	_	_
					_ _ _ _ _	_ _	
6- _	_ _ _			. _ _ -	_	_	_
						_ _	
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa							
	1-2500 / Emitido em 16/	07/2024 / Empresa / Titular: \	UNIMED DO ESTADO DO PARANA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização		