

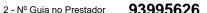
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93995626

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atr	ibuído pela Opera	ndora								
343269	- Num	oro da Cala 7 til	93995626									
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid		Senha						
06/02/2024 17:49			93995626		06/04/2024							
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
7 - Número da Carteira 0050000003228048	9	- Atendimento N	de RN									
50 - Nome Social			20/10	0/2025								
10 - Nome												
CARLOS AUGUSTO BARROS FARIA												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operado			13 - Nome do C		E I ONDDINA	LTDA					•	
08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO											18 - Código CBO	
CIRO VERONESE				06		23858		11 11		225270		
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação												
19 - Código na Operado	ra / CNPJ	20	Nome do Hospita	al / Local Solicitado)				21 - Data	sugerida p	ara Internação	
08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 08/02/2024 00:00												
22 - Caráter do Atendimen	nto 23 -	Tipo de Interna	ção 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde. Diária	Solicitadas	26 - Pre	visão de uso de OPI	ME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico	
2		С		1	1			S			N	
28 - Indicação Clínica S835 Reconstrução Ligamentar												
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(2) (opcional) 3	31 - CID 10(3) (opci	ional) 32 - CIE	10(4) (opcion	ial)	33 - Indicação de A	,		loença relacionada)	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados												
34 - Tabela 35 - Cóo			36 - Descrição						37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.	
1- 22 307330			•	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1								
2- 22 307330				OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 1 1								
	3- 22 30733073 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR 1 1											
	4- 22 30731216 TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 1 1 1 5- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1											
6- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1												
7-	_ _ _								_	_ _	_ _ _	
8-												
9-	 	 							 	- 	 	
11-	 _	 _									 _	
12-	_ _ _								_	_	III	
Dados da autorização												
39 - Data provável da Ad	dmissão ho	ospitalar 40	- Qtde Diárias Aut 1	torizadas 41 -	· Tipo de Acomoda	ção autorizada	а					
									44 - Código CNES			
08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 6074502 45 - Observação / Justificativa												
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 06/02/2024 / Empresa / Titular: CARLOS AUGUSTO SANTOS FARIA 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		4/ - Assina	atura do Profission	iiai Soiicitante 2	+o - Assinatura do	peneficiario oi	u ĸespoi	iisavei 49 - Assi	iliatura do	kesponsav	ei peia Autorização	



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 93995626 93995626 06/02/2024 17:49 93995626 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000003228048 8 - Nome **CARLOS AUGUSTO BARROS FARIA** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **CIRO VERONESE DOS SANTOS** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesões em joelho esquerdo, demonstradas em exame físico e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico S835 Reconstrução Ligamentar **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 00499293 1- 00 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2.9X5.5MM 892350000 80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 72320893 DISPOSITIVO DE FIXAÇÃO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -2- 00 80044680067 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00597007 PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB 3- 00 80044680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 06/02/2024 / Empresa / Titular: CARLOS AUGUSTO SANTOS FARIA 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização