

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93703948

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3	Número da Guia	a Atribuído	pela Opera	dora			93703	948				
4 - Data da Autorização	5 - Senha			6 - Data de Valid		i						
11/01/2024 10:20 93703948 12/03/2024												
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira   9 - Atendimento de RN												
9750000010847203 N												
50 - Nome Social												
10 - Nome RICARDO LUIS DE PAULA SILVA												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32		11	Nome do Co SPITAL A	ontratado ARAUCARIA D	DE LON	DRINA L	TDA					
14 - Nome do Profissional So	licitante						lho Profission	nal 16	6 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
CIRO VERONESE DOS SANTOS						06		2	3858		41	225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	dos da Inte	ernação					,				
19 - Código na Operadora / C	11			II / Local Solicitado		NA LTDA				11	a sugerida p 2024 00:0	para Internação
22 - Caráter do Atendimento	08.271.755/0001-32         HOSPITAL ARAUCARIA DE           22 - Caráter do Atendimento         23 - Tipo de Internação         24 - Regime de Internação							26 Provin			Previsão de uso de Quimioterápico	
1	C	emação	24 - Regilli	1	25 - QII	1	Solicitadas	Zo - Fievis	S	IVIE   27 - 1	-revisao de	N
28 - Indicação Clínica S832 Reparo ou Sutura de	menisco											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)												
											9	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.  1- 22 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1  2- 22 30733022 SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROS 1 1  3- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1  4- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1												
5-										_    _    _    _    _		
39 - Data provável da Admissão hospitalar   40 - Qtde Diárias Autorizadas   41 - Tipo de Acomodação autorizada												
	·		1	1								
							44 - Código CNES <b>6074502</b>					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 11/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN A  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



## Unimed A

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada 93703948	4 - Senha	- Senha 93703948			6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93703948	
Dados do Beneficiário	30700040		307 003 40	11/01/2024 10:20		30100040	
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social						
9750000010847203	25 Nome Coolai						
8 - Nome							
RICARDO LUIS DE PA	ULA SILVA						
Dados do Profissional Solid							
9 - Nome do profissional solici		10 - Telefone	1	1 - E-mail			
CIRO VERONESE DOS	SANTOS						
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica							
Paciente apresentando lesc S832 Reparo ou Sutura de AUTORIZADO CONFORM		o e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico					
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		arial no fabricanto	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado	
1- 00 00499293 80356130052	CANULA MICRODEBRIDACA	AO OB F 2,9X5,5MM 892350000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1		_  1	_ _ , _	
2- 00 78898676	DISPOSITIVO DE REPARAC	AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	_ _		_  2	_ _ , _	
<b>80044680449</b> <sup>3-</sup>	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _  _       <sub>_</sub>  _ _	_	_ _ , _	
_ _ _ _ _  4-				_ _ _ _ _	_ _	_ _ _	
<sup>5-</sup>   _				!	-I	_ _ _ , _	
6-          _    _ _ _	_ _ _ _ _			_	_	_ _ _ , _	
24 - Especificação do Materia 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular:	UNIMED DO ESTAD	O DO PARANA			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização			