

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90930887

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela C	Operadora									
343269		·	<u> </u>		9093	30887						
4 - Data da Autorização 21/04/2023 14:	909308	6 - Data de Val	idade da Sen <b>20/06</b>	ı								
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 0050000014710253		11	s - Validade da Carteira 19/01/2025	a	9 - Atendimento	ľ						
50 - Nome Social												
10 - Nome IVANILDO AFONSO FERREIRA												
Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Operadora  13 - Nome do Contratado												
12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32		11	do Contratado AL ARAUCARIA I	DE LOND	RINA LTDA							
14 - Nome do Profissional So	licitante			15	5 - Conselho Profissi	ional 16 - N	lúmero do Co	nselho 17 - UI	18 - Código CBO			
CIRO VERONESE DOS				00	6	2385	8	41	225270			
Dados do Hospital / Local S 19 - Código na Operadora / C		-	ão ospital / Local Solicitad	do			1	21 - Data sugerid	a nara Internação			
08.271.755/0001-32	11		ARAUCARIA DE I		A LTDA			08/05/2023 00				
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação 24 - F	Regime de Internação	25 - Qtde	. Diárias Solicitadas	26 - Previsão d		E 27 - Previsão o	de uso de Quimioterápico			
1 28 - Indicação Clínica	С		1		1	<u> </u>	S		N			
28 - Indicação Clínica S832 Reparo ou Sutura de menisco												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (c		0(2) (opcional)	onal) 31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relac 9		u doença relacionada)			
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solid	citados										
34 - Tabela     35 - Código d       1- 22     30733065       2- 22     30733049       3- 18     60000805       4- 18     60024151       5-	o Procedimento	OSTEO DIARIA	TIÇAO  O OU SUTURA DE  CONDROPLASTIA  DE QUARTO COI  ELTAXA DE APAR	A - ESTABI LETIVO DE	LIZACAO, RESS 2 LEITOS COM	SECCAO E/O I BANHEIRO	U PLASTIA PRIVATIVO	.# 1 D 1	38 - Qtde. Aut.  1 1 1 1 1			
6-		 										
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde Diária	s Autorizadas 41	- Tipo de Ac	comodação autorizad	da						
			1 1									
							44 - Código CNES <b>6074502</b>					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 21/04/2023 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



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

Unimed A

1 1	- Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído		
343269	90930887		90930887	21/04/2023 14:34		90930887	
Dados do Beneficiário	Ver in a co						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social						
0050000014710253							
8 - Nome  IVANILDO AFONSO FER	REIRA						
Dados do Profissional Solicita	nte						
9 - Nome do profissional solicitar	nte	10 - Telefone	11	- E-mail			
CIRO VERONESE DOS S	ANTOS						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesões S832 Reparo ou Sutura de me	s em joelho esquerdo, demonstradas em exame físico enisco	e de imagem. Necessita de tratamento cirugico					
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Ma				. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado	
<ul><li>21 - Registro ANVISA do Materia</li><li>1- 00 00590045</li></ul>	ıl 22 - Referência do mater LAMINA PARA SHAVER SET		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1		
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	' 	_  - - - - - - - - - - - - - - - - -	_  '	_ _ , _	
2- 00 78898676		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	2		_  2		
80044680449	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	   _ _ _ _ _		_,		
3-				_	_	,	
					_ _		
4-   _				_	_	,	
				-             -			
<sup>5-</sup>	- - - - -  			_	_	_ ,	
		-		_	 -		
	 			_!	-I	<sub>1</sub>	
24 - Especificação do Material			1-1-1-1-1-1-1				
25 - Observação / Justificativa				<u> </u>			
Telefone Contratado: (43)337	'1-2500 / Emitido em 21/04/2023 / Empresa / Titular: (	ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO I	DE LONDRINA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do Responsável pela Autorização				