

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92099899

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia	a Atribuído pela	Operadora		92099	1899			
4 - Data da Autorização 5 - Senha	<u> </u>	6 - Data de Va	alidade da Senha		1099			
04/08/2023 15:52	92099	l i	19/10/20	•				
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	11	8 - Validade da Cartei	ra	9 - Atendimento	de RN			
8650003257127004		30/06/2024		N N				
50 - Nome Social								
10 - Nome								
ARIADNE DA SILVA								
Dados do Contratado Solicitante	11							
12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32	11	e do Contratado AL ARAUCARIA	DE LONDRI	NA LTDA				
14 - Nome do Profissional Solicitante			15 -	Conselho Profission	nal 16	- Número do Cor	nselho 17 - UF	18 - Código CBO
MARCELLO TITO			06		16	972	41	225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dad								
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Soli 08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA [				TDA	<u> </u>	11	21 - Data sugerida 20/08/2023 07:	•
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Int		Regime de Internação			26 - Provis	ão de uso de OPM		uso de Quimioterápico
1 C	emação   24 -	1	25 - Qide. Di	1	20 - 1 16413	S	L   27 - 1 Tevisão de	aso de Quimoterapioc
28 - Indicação Clínica EM ANEXO								
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID	10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (o	pcional) 32 -	CID 10(4) (opciona	al) 33	- Indicação de Ac	idente (acidente ou	doença relacionada)
M713							9	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Sol								
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1- <b>22 30737028</b>		crição ECTOMIA PARCI <i>A</i>	U OU SUBTO	ITAL - DPOCED	IMENTO	VIDEOADTD	37 - Qtde. So OS 1	olic. 38 - Qtde. Aut.
2- 18 60000805		DE QUARTO CO				_		1
3- <b>18 60024151</b>		IELTAXA DE APA						1
4-	l						_ _	
5-	<u> </u>						_ _	
6-							_  	_  
8-								   _
9-   _	J						_ _	
10-	:						_ _ _	_ _ _
11-	l							
12-	1							
12-	<u> </u>							
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diári	as Autorizadas 4	1 - Tipo de Acon	nodação autorizada				
Dados da autorização	40 - Qtde Diári	as Autorizadas 4		nodação autorizada	· ]			
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar  42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome	1 1 2 do Hospital / Local A	utorizado					44 - Código CNES
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar  42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  08.271.755/0001-32	43 - Nome	1 1	utorizado					44 - Código CNES 6074502
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar  42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  08.271.755/0001-32  45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Er	43 - Nome HOSPIT	1 1 1 A C A C A C A C A C A C A C A C A	utorizado  DE LONDRI	NA LTDA		Empresa / Titula	r: CENTRAL NAC	6074502
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar  42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  08.271.755/0001-32  45 - Observação / Justificativa	43 - Nome HOSPIT	1 1 1 A C A C A C A C A C A C A C A C A	utorizado  DE LONDRI	NA LTDA		Empresa / Titula	r: CENTRAL NAC	6074502
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar  42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  08.271.755/0001-32  45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Er	43 - Nome HOSPIT	1 1 1 A C A C A C A C A C A C A C A C A	utorizado  DE LONDRI	NA LTDA		Empresa / Titula	r: CENTRAL NAC	6074502



Unimed A

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

· 11	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Opera	ł
343269	9209989	9	92099899	04/08/2023 15:52		92099899
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
8650003257127004						
8 - Nome						
ARIADNE DA SILVA						
Dados do Profissional Solicit						
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone				1 - E-mail		
MARCELLO TITO						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica EM ANEXO EM ANEXO AUTORIZADO CONFORME	UNIMED DE ORIGEM					
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M					citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Ur	nitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mater			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 76621995 80777280105		O AT - 161 12 10 08 TIPO 12 4,5 X 120 MM , CM RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>                                     </u>	_   ,	_  1  _ _ _	_  ,
2-	I I I I I I	NOIO DE IMI EANTEGONTOI EDICOGETDA			_	
						11'111
3-   _	<u> </u>			_	 _	_  ,
				_ _ _ _ _	_ _	
4-   _	<u> </u>			_   _ _ ,	_	_  ,
				_ _ _ _	_ _	
5-   _	- - - - -			_	_	_  ,
	<del></del>			_ _ _ _		_  ,
°	!!!!!			!	_	.1
24 - Especificação do Material					<u></u>	
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	71-2500 / Emitido em 04/08/2023 /AUTORIZADO 0	ONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titula	ır: CENTRAL NACIONA	AL LINIMED COOPERATIVA CEN	ITRAI	
reieione contratado. (43)33	7 1 2000 / Ellillido elli 0-7/00/2023 /AOTONIZADO (	ON ONNE ONINED DE ONIGENI / EMPIESA / Mula	OLIVITAL NACIONA	IL GIAIMED GOOF FIXATIVA CEN	III WAL	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		