

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95828643

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núm	ero da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora							
343269						95828	8643				
4 - Data da Autorização		5 - Senha	0500040	6 - Data de Valid							
16/07/2024	21:41		95828643		15/09/2024	· <u> </u>					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira			Q _ \/s	alidade da Carteira		- Atendimento	do PN				
9759005006643011			11	7/2022		- Atendimento N	ue Kin				
50 - Nome Social	•										
l so riome costa.											
10 - Nome											
RAFAEL NEIVA DE	E AZEV	EDO									
Dados do Contratado		е									
12 - Código na Operado 08.271.755/0001-32			13 - Nome do C	Contratado ARAUCARIA [DE I ONDRINA	LTDA					•
14 - Nome do Profissiona		nte	HUSFITAL	ARAUCARIA I			nal II	16 - Número do Co	nealha	17 - UF	18 - Código CBO
CIRO VERONESE					06				niseirio	41	225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solic	itado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operado				tal / Local Solicitad	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
08.271.755/0001-32	2	нс	SPITAL ARA	AUCARIA DE L	ONDRINA LT)A			18/07/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimer	1to 23	- Tipo de Interna	ção 24 - Regin	ne de Internação	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pre	visão de uso de OPI	ИЕ 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
1		С		1	3			<u> </u>			N
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 - CII	0 10(4) (opcion	al) 3	33 - Indicação de A	cidente (ad	cidente ou c	loença relacionada)
S832		S832								9	
Procedimentos ou Iten									07	011-01	00 001 4
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307330		oceaimento	36 - Descrição REPARO O		UM MENISCO	- PROCEDIN	MENTO	VIDEOARTRO		- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 307330								E/OU PLASTI			1
3- 18 600005	54			APARTAMEN [*]					3		3
4- 18 600241	51		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQUIP	AMENTO PA	ARA AF	RTROSCOPIA F	AR 1		1
5-											
12- _	_ _ _								l_		
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ad	lmissão h	ospitalar 40	- Qtde Diárias Au 3	torizadas 41	- Tipo de Acomod	ıção autorizada	а				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 08.271.755/0001-32 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA									44 - Código CNES 6074502		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 16/07/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA											
46 Date de Caliniana		A7 ^'	atura do Profissio	unal Calinitaria	40 Accinature	Panafiaiá-i-	ı Door -	200vol 1140 A	noture de	Pooner - f	ol nolo Autoria
46 - Data da Solicitação		H +1 - Assin	atura uu Fi0118810	mai outulatile	48 - Assinatura do	Perieliciquo 00	a iveshot	13avci 49 - ASS	natura UO	responsav	el pela Autorização



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

Unimed #

			-		1				
"	úmero da Guia Referenc		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		95828643		95828643	16/07/2024 21:41		95828643		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
9759005006643011									
8 - Nome									
RAFAEL NEIVA DE AZEVEI	00								
Dados do Profissional Solicitante									
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail				
CIRO VERONESE DOS SAN	ITOS								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica PACIENTE APRESENTANDO LE RUPTURA DO MENISCO ATUAL		ESQUERDO, DEMONSTRA	DAS EM EXAMES FISICO E DE IMAGEM. N	IECESSITA DE TRATAMEN	TO CIRURGICO				
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do Materia	al 15 - [Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Material	244	22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00499293 80356130052	CAN		O OB F 2,9X5,5MM 892350000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		,	_ 1	_ _ , _		
2-	1 1 1 1	AKTHKOW COWERC	CIO DE IMPLANTESONTOFEDICOSETDA	\			,		
						_	:		
3-	 	I—I—I—I—I—I—				 -			
						-i iii	III'IIII		
4-						 _	_ ,		
	 					_			
5- _				_	_	_	,		
	_			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _			
6-	_ _ _			_ _	_ _ _ , _	_	_ _ _ ,		
	_				_ _ _ _				
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa Tolofono Controtado: (43)3274 2500 / Emitido em 46/07/2024 / Empreso / Titulor: UNIMED DO ESTADO DO DARANA									
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 16/07/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	fissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				