

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95606606

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS | 3 - Núme | ero da Guia Atr | ibuído pela Opera | adora | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------------------|--------------------|------------------|----------|----------------------|-----------|-----------------------------------|-----------------------|
| 1 - Registro ANS 343269 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 9560660 | | | | | | 6606 | | | | | |
| 4 - Data da Autorização | | 5 - Senha | | 6 - Data de Valid | | 1 | | | | | |
| 26/06/2024 15:16 | | 95606606 | | 25/08/2024 | | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | | - 11 | ilidade da Carteira | 9 | - Atendimento | de RN | | | | |
| 50 - Nome Social | 0050000059334757 27/01/2025 N | | | | | | | | | 1 | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome | | | | | | | | | | | |
| ADEMIR RAMINELL | .I | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado S | olicitante |) | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora | I | | 13 - Nome do C | | | | | | | | |
| 08.271.755/0001-32 | | | HOSPITAL A | ARAUCARIA D | E LONDRINA | LTDA | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional | | | | | t t | selho Profission | onal | 16 - Número do Co | nselho | 17 - UF | 18 - Código CBO |
| RODRIGO SERIKAN | | | | | 06 | | | 26535 | | 41 | 225270 |
| Dados do Hospital / Loc | | | - | -1/110-F-31 | | | | | 04 D. (| | |
| 19 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32 | / CNPJ | 11 | | al / Local Solicitade UCARIA DE L | |)A | | | | i sugerida p 2 024 00:0 | ara Internação 0 |
| 22 - Caráter do Atendiment | 23 - | Tipo de Interna | | ne de Internação | 25 - Qtde. Diária | | 26 - Pre | evisão de uso de OPI | <u> </u> | | uso de Quimioterápico |
| 1 | | C | Jaco III z. regiii | 1 | 3 | o comonidado | 20 | S | | | N |
| 28 - Indicação Clínica | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opc | ional) | 30 - CID 10(2 M190 | (opcional) | 31 - CID 10(3) (opc | ional) 32 - CII | 0 10(4) (opcior | nal) | 33 - Indicação de A | | cidente ou d | loença relacionada) |
| Procedimentos ou Itens | Assiste | | dos | | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Códig | | | 36 - Descrição | | | | | | 37 | - Qtde. Soli | c. 38 - Qtde. Aut. |
| 1- 22 3072623 | | | | | | | | MENTO CIRURG | | | 1 |
| 2- 22 3072603 | | | | | | | | RATAMENTO C | | | 1 |
| 3- 18 | ອ | | DIARIA DE | QUARTO COL | ETIVO DE 2 LE | IIOS COM | BANH | EIRO PRIVATIV | O 3 | | 3 |
| 5- | _!! _ | _ | | | | | | | _ | -11 - _ | |
| 6- | _ii | | | | | | | | i_ | | iii |
| 7- | _ _ | | | | | | | | | _ | _ _ _ |
| 8- | _ _ | _ | | | | | | | - | - | |
| 9- _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ll | _ | | | | | | | | -ll -l l l | |
| 11- | - | | | | | | | | - | | _ |
| 12- | _ii | | | | | | | | İ_ | _iii | i_i_i_i |
| Dados da autorização | | | | | | | | | | | |
| 39 - Data provável da Adr | nissão ho | ospitalar 40 | - Qtde Diárias Aut 3 | torizadas 41 | - Tipo de Acomod | ação autorizad | a | | | | |
| | | | | | | | | 44 - Código CNES | | | |
| 08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 6074502 45 - Observação / Justificativa | | | | | | | | | | | |
| Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 26/06/2024 / Empresa / Titular: ELIA SANTANA DA SILVA RAMINELLI | | | | | | | | | | | |
| 46 - Data da Solicitação | | 47 - Assina | atura do Profissio | nal Solicitante | 48 - Assinatura do | Beneficiário o | u Kespo | nsavei 49 - Assi | natura do | kesponsáv. | ei pela Autorização |



E 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

| · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | 3 - Número da Guia Referenci | iada | 4 - Senha | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora | | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------|---|-------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------|--|--|--|
| 343269 | | 95606606 | | 95606606 | 26/06/2024 15:16 | | 95606606 | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira |][| 29 - Nome Social | | | | | | | | |
| 0050000059334757 | | | | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | | | | |
| ADEMIR RAMINELLI | | | | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solicitante | | | | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solici | ante | | 10 - Telefone | 1 | 1 - E-mail | | | | | |
| RODRIGO SERIKAWA | DE MEDEIROS | | | | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica PACIENTE APRESENTANDO ARTROSE EM JOELHO DIREITO, DEMONSTRADAS EM EXAMES FISICOS E DE IMAGEM. NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO PARA COLOCAÇÃO DE PROTESE. ARTROSE PRIM DE OUTR ARTICULAÇÕES | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 1 | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do M | Material 15 - D | Descrição | | 16 - Opção 17 - Qtde | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | itado 19 - Qtde. Autorizada 20 | - Valor Unitário Autorizado | | | |
| 21 - Registro ANVISA do Mate | | 22 - Referência do mater | | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento | | | | | |
| 1- 76394620 | SIST | | NEE OXFORD CIMENTADO - 159531 COMP | <u> </u> 1 | _ _ , _ | _ 1 | , | | | |
| 80044680227 | | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | | | | |
| 2- 76394239 | SIST | | NEE OXFORD CIMENTADO - 166941 COMP | | | _ 1 | ,, | | | |
| 80044680227 3- 72397950 | CIME | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C | _ _ _ _ 2 | | | | | | |
| 10243070064 | CIME | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ | | _ 2 | , | | | |
| 4- 00 76394476 | SIST | | NEE OXFORD CIMENTADO - 159540 INSERT | | | _ 1 | , | | | |
| 80044680227 | Ol01 | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | <u> </u> | _1 · 1 | | | | |
| 5- | | | | | | _ | | | | |
| | | | | | | _, | | | | |
| 6- _ | | | | | _ _ _ , _ | _ | , | | | |
| | _ _ _ _ | | | | | _ _ | | | | |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 26/06/2024 / Empresa / Titular: ELIA SANTANA DA SILVA RAMINELLI | | | | | | | | | | |
| Telefone Contratado. (70)007 1-2000 / Ellittuo elli 20/00/2024 / Ellipiesa / Titulai. Elia Caistana da Silva Naivillelli | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Prof | fissional Solicitante | | 28 - Assinatura do | Responsável pela Autorização | | | | | |
| | 11 | | | - 11 | | | | | | |