

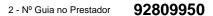
## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92809950

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>											
		115 0		10 But 1 1/1	1. 1. 1. 0. 1.	920	09950				
4 - Data da Autorização 10/10/2023 13:15		11	92809950 6 - Data de Validade da		dade da Senha <b>23/12/2</b> 0	23					
Dados do Beneficián	io										
7 - Número da Carteir			8 - Va	lidade da Carteira		9 - Atendimen					
99422395295580	03					N	1				
50 - Nome Social											
10 - Nome  CLAUDIO CULLE	10 - Nome  CLAUDIO CULLEMAN KATO MOURA										
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado  88.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA											
14 - Nome do Profission					15 - 0 06	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 0 23858			onselho	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital /			da Internação					1 2000		][	
19 - Código na Opera				al / Local Solicitad	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
08.271.755/0001-	32	нс	SPITAL ARA	UCARIA DE L	ONDRINA	TDA			1	2023 00:0	-
22 - Caráter do Atendin	nento 23	- Tipo de Interna <b>C</b>	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. Di	irias Solicitadas 1	26 - Pr	revisão de uso de OPI <b>S</b>	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica					- I						
29 - CID 10 Principal (	opcional)	30 - CID 10(2	) (opcional) 3	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 -	CID 10(4) (opci	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	gcidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou It											
		ocedimento			DATELAD	DELEASELA	TEDAI	L DA PATELA, R		' - Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
	3103 3049				-			O E/OU PLASTI			1
3- 22 3073								O LIGAMENTO			1
4- 22 3073	1216		TRANSPOS	ICAO DE MAIS	DE 1 TEND	AO - TRATA	MENTO	CIRURGICO	1		1
5- 18 6000				APARTAMENT					1		1
6- 18 6002	4151		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQU	IPAMENTO I	PARA A	ARTROSCOPIA F	PAR 1		1
7-   _    8-	_lll_ ll	_   							- 	_   	 
9-   _	 								- 		 
10-	_,, _	,,, _									   _
11-  _	_	_							_	_  _	_
12-	_	_  _							L	_	_
Dados da autorização											
39 - Data provável da	Admissão h	nospitalar 40	- Qtde Diárias Aut <b>1</b>	torizadas 41		odação autoriza	ıda				
									44 - Código CNES <b>6074502</b>		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 10/10/2023 / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A											
46 - Data da Solicitaçã	ăo.	A7 Assis	atura do Profissio	nal Solicitanta TF	18 - Assingture	do Beneficiário	ou Poss	oneával I 40 Aco	inatura da	Pagnanaéu	el pela Autorização
TO - Dala da Sulicitaçã	40	+r - Assina	atura uu F101188101	nai Solicitatile	-บ - <i>ก</i> ออกเสเนโซ	an penenciano	ou nesp	UIISAVEI   49 - ASS	maturd UO	responsav	oi heia yainiizačan



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	iciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269		92809950		92809950	10/10/2023 13:15		92809950				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
9942239529558003											
8 - Nome											
CLAUDIO CULLEMAN	KATO MOURA										
Dados do Profissional Solici	tante										
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1	1 - E-mail						
CIRO VERONESE DOS	SANTOS										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica	oo om ioolbo diroito, domo	anatradas em avama fícias a	de imagem. Necessita de tratamento cirurgico								
S835 Reconstrução Ligame		onstradas em exame nsico e	de imagem. Necessità de tratamento cirdigico								
,											
OPME Solicitadas	Lin dal	D		40. 0	. O. F. St. L. 40 Male H. 27 St. O. F.	The land Outer Autofactor	00 1/212 1124/32 A 423 2 12				
13 - Tabela 14 - Código do N 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricante		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento						
1- 00 00590045		MINA PARA SHAVER SET		<u>  1</u>	_ _ , _	_  1	,				
80777280006		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	   _ _ _		_,					
2- 00 72320893	DIS	POSITIVO DE FIXACAO D	E LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC	-  _  1	,	_  1	,				
80044680067		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
3- <b>00 00597007</b>	PAI	RAFUSO INTERFERENCIA	A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CA	B  _  1	_ _ _ ,	_  1	_ _ , _				
80044680085		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
4-   _	_			_  _   _	_   _ _ , _	_	,				
	_ _ _ _				_ _ _ _ _	_ _					
5-				_	_	_	,				
	_ _ _				_ _ _ _	_ _					
6-   _   _   _   _   _   _   _   _   _	_				_	_	,				
04 5						<u> </u>					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 10/10/2023 / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A											
00 0 1 0 11 11 7	llan e e e e			llas	5 / 1 1 1 1 1 7						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	otissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização						