

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94072173

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	- Número da Gı	uia Atribuído	pela Opera	idora			9407	2173						
4 - Data da Autorização	5 - Sen	ha		6 - Data de Va	alidade da S	Senha								
15/02/2024 1	0:28	9	4072173		21/	04/2024								
Dados do Beneficiário														
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteir	ra	9 - 4	Atendimento	de RN						
0320000071706038							N							
50 - Nome Social														
10 - Nome AMARILDO DA SILVA														
Dados do Contratado Sol	icitante													
12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32 13 - Nome do Contratado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA														
14 - Nome do Profissional S	IDOS				15 - Conselho Profissional			16 - Número do Conselho 26535		17 - UF	18 - Código CBO			
RODRIGO SERIKAW			ntornooão			06			20535		41	225270		
Dados do Hospital / Loca 19 - Código na Operadora /			-	al / Local Solicita	ado					21 - Dat	ta sugerida n	para Internação		
" '			•	UCARIA DE		RINA LTDA				04/03/2024 00:00				
22 - Caráter do Atendimento	- Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Intern		ação 24 - Regime de Internação			25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - F			revisão de uso de OPI	ME 27 -	27 - Previsão de uso de Quimioterápico			
1	С	;		1		1			S			N		
28 - Indicação Clínica S832 Reparo ou Sutura d	e menisco													
29 - CID 10 Principal (opcio	nal) 30 - CII	O 10(2) (opc	ional) 3	1 - CID 10(3) (op	pcional)	32 - CID 1	10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de A	cidente (a	acidente ou d	doença relacionada)		
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais S	olicitados												
	do Procedimen		- Descrição							37	7 - Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut.		
1- 22 30733065			REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1											
	2- 22 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 1 1													
4- 18 60024151					DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1									
4- 16 60024151 ALOGOELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMIENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 5-														
6-	_! _													
7-	_ _													
9-										- _	_ 	 		
10-		_i _								i_	_iii			
11-	_ _ _	_ _									_ _			
12-										l-	_ _			
Dados da autorização 39 - Data provável da Admis	ssão hospitalar	40 - Otde	Diárias Aut	orizadas 4	1 - Tino de	Acomodac	ão autorizad	а						
Data provaver da / tarrin	oud Hoopitalai	10 Q100	1	1		rtoomoday	uo aatonzac							
42 - Código na Operadora 708.271.755/0001-32	- 11	11								44 - Código CNES 6074502				
45 - Observação / Justificativa														
Telefone Contratado: (43 COOPERATIVA DE MEI)3371-2500 / I	Emitido em	15/02/202	4 /AUTORIZAC	OO CONFO	ORME UNI	MED DE C	RIGEN	Л / Empresa / Tit	ular: UN	IMED CUR	TIBA SOCIEDADE		
46 - Data da Solicitação	47 -	Assinatura	do Profissio	nal Solicitante	48 - Assi	natura do R	eneficiário o	u Resn	onsável 49 - Acc	inatura do	Responsáv	rel pela Autorização		



2 - Nº Guia no Prestador

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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 94072173 94072173 15/02/2024 10:28 94072173 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0320000071706038 8 - Nome **AMARILDO DA SILVA** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesões em joelho direito, demonstradas em exame físico e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico S832 Reparo ou Sutura de menisco AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 00499293 1- 00 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2.9X5.5MM 892350000 80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 78898676 DISPOSITIVO DE REPARAÇÃO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D 2- 00 80044680449 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |__|_|,|__| 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 15/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização