

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94896504

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Núm	ara da Cuia Atri	huída nala Ona	radora							
343269	ero da Guia Atri	buldo pela Ope	radora		948	96504				
4 - Data da Autorização	5 - Senha	0.400050	6 - Data de Valid		1					
24/04/2024 20:21  Dados do Beneficiário		94896504	*	23/06	/2024					
7 - Número da Carteira		8 - V	/alidade da Carteira		9 - Atendimen	to de RN	$\neg$			
0050000003377930 02/10/2025						١				
50 - Nome Social										
10 - Nome YURI SCHUTZ PEREIRA ILKIU										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32		13 - Nome do	Contratado  ARAUCARIA D	SE LOND	DINA LTDA					
14 - Nome do Profissional Solicita	nte	HOSFITAL	ANAUCANIA		5 - Conselho Profiss	sional	16 - Número do Co	nselho II	17 - UF	18 - Código CBO
RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS				o		26535 41 225270				•
Dados do Hospital / Local Solic	itado / Dados o	da Internação								
19 - Código na Operadora / CNPJ <b>08.271.755/0001-32</b>	11		oital / Local Solicitad		A I TDA			1	-	ra Internação
	- Tipo de Internac			UCARIA DE LONDRINA LTDA					2024 00:00 Previsão de uso de Quimioterápico	
1	C C	çao   24 - Regi	ime de Internação  1	25 - Qtde	. Diárias Solicitadas  1	26 - Prev	S	VIE 27 - Pre		N
28 - Indicação Clínica ENTORSE DISTENSAO ENVO	LV LIG CRUZ	ADO JOELHO	)							
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) <b>S835</b>		) (opcional)	cional) 31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID 10(4) (opcional)		3 - Indicação de A	cidente (acid <b>9</b>	ente ou do	ença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assiste	enciais Solicita	dos								
34 - Tabela   35 - Código do Pro		REPARO ( OSTEOCO RECONST DIARIA DE ALUGUEL	STIA / ENXERTO DU SUTURA DE NDROPLASTIA RUCAO, RETEN E QUARTO COL TAXA DE APAR	UM MENI - ESTABI ICIONAMI ETIVO DE	SCO - PROCED ILIZACAO, RES ENTO OU REFO E 2 LEITOS CON QUIPAMENTO I	DIMENTO SECCAO DRCO DO M BANHE PARA AR	VIDEOARTRO E/OU PLASTIA LIGAMENTO EIRO PRIVATIV	1 SC 1 A# 1 CR 1 O 1		38 - Qtde. Aut.  1 1 1 1 1 1 1
39 - Data provável da Admissão h	ospitalar   40 -	Qtde Diárias A	- 11	- Tipo de Ad	comodação autoriza	ada				
42 - Código na Operadora / CNP	Lautorizado	43 - Nome do	Hospital / Local Auto	nrizado						4 - Código CNES
08.271.755/0001-32	autorizado	t	ARAUCARIA D		RINA LTDA				- 11	6074502
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 24/04/2024 / Empresa / Titular: LUCIANA SCHUTZ PEREIRA  46 - Data da Solicitação   47 - Assinatura do Profissional Solicitante   48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   49 - Assinatura do Responsável pela Autorização										



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada 4 - 3		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora						
343269	94896504			94896504		94896504						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social										
0050000003377930												
8 - Nome												
YURI SCHUTZ PEREIRA ILKIU												
Dados do Profissional Solicitante												
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	1 - E-mail							
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIROS											
Dados da cirurgia												
12 - Justificativa técnica	201505051110	500U5DD0 D5U0U0TD4	D. O. F. J. F. V. J. F. G. F. G. G. F. B. H. J. G. F. J. J. F. G.									
PACIENTE APRESENTAN ENTORSE DISTENSAO EN			DAS EM EXAMES FISICO E DE IMAGEM. NECESS	SITA DE TRATAMENT	O CIRURGICO							
ENTONOL BIOTENONO EI	TVOLVEIO ONOLNOO											
OPME Solicitadas		- · · ·			0							
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante	16 - Opçao 17 - Qtde 23 - Nº Autorização		citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado						
1- 00 72320893			DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	1		_  1     _ ,						
80044680067		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.—. 								
2- 00 00597007	PAI	RAFUSO INTERFERENCIA	A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	<u> </u> 1	_ _ _ ,	_  1     _ ,						
80044680085		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA									
3- 00 00499293 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F			O OB F 2,9X5,5MM 892350000	<u>  </u> 1	,	_  1   <u>_ _ , _ </u>						
80356130052		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA									
4- 00 78898676	DIS	POSITIVO DE REPARACA	AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	2	,	_  2  _ _ ,						
80044680449		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _							
5-   _					_   _ _ , _	_						
	_ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _						
6-			<del></del>		_							
					_ _ _ _							
24 - Especificação do Material												
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 24/04/2024 / Empresa / Titular: LUCIANA SCHUTZ PEREIRA												
Telefolie Contratado. (43)0	37 1-2300 / Emilido em 24/	04/2024 / Limpresa / Titular.	EUGIANA GOTTO IZT EIKEIKA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização							
	II .											