

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91075530

(Via HOSPITAL)

1 " 11	Número da Guia	Atribuído pe	la Operadora								
343269					9107	75530					
4 - Data da Autorização	5 - Senha		l i	Validade da Sen	1						
05/05/2023 08	3:39	9107	75530	11/07/	2023						
Dados do Beneficiário			1								
7 - Número da Carteira 0145083517899002			8 - Validade da Cart 31/12/2022	eira	9 - Atendiment						
			31/12/2022								
50 - Nome Social											
10 - Nome											
10 - Nome ANA KAREN DOS SANTOS BELETATO											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Noi	me do Contratado								
08.271.755/0001-32		HOSP	ITAL ARAUCARI	A DE LOND	RINA LTDA						
14 - Nome do Profissional So	olicitante			15	- Conselho Profissi	ional	16 - Número do Cons	selho 17 - UF	18 - Código CBO		
RODRIGO SERIKAWA	A DE MEDEIR	os			06		26535	41	225270		
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dao	los da Intern	nação								
19 - Código na Operadora /	CNPJ		o Hospital / Local Solic				- 11	21 - Data sugerida	. ,		
08.271.755/0001-32			L ARAUCARIA D	E LONDRINA	A LTDA				/05/2023 00:00		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação 24	1 - Regime de Internação	25 - Qtde.	Diárias Solicitadas	26 - Pre	visão de uso de OPME	27 - Previsão de	e uso de Quimioterápico		
1 28 - Indicação Clínica	С		1		1		S		N		
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID 1	10(2) (opciona	al) 31 - CID 10(3)	(oncional) 3	2 - CID 10(4) (opcio	nal) 3	33 - Indicação de Acid	dente (acidente ou	doença relacionada)		
20 OID TOT IIIIOIPAI (opoioi		10(2) (opolorii		(opolorial)	2 012 10(4) (opoio		naidagad ad Adic	9	doonşa roladionada)		
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Soli	citados									
34 - Tabela 35 - Código	do Procedimento	36 - De	escrição					37 - Qtde. So	olic. 38 - Qtde. Aut.		
1- 22 30733049			OCONDROPLAST		•				1		
2- 22 30733073 3- 22 30731216			ONSTRUCAO, RET ISPOSICAO DE M					₹ 1 1	1		
4- 18 60000805			IA DE QUARTO C						1		
5- 18 60024151			SUELTAXA DE AP						1		
6- _	_ _ _	.l						_ _ _			
7- _	_ _ _ _	.l						_ _ _	_		
8- _		<u> </u>									
9-		.l									
10-	 	.l .l						 	 		
12-		I							 		
Dados da autorização		•									
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde Diá	árias Autorizadas	41 - Tipo de Ac	omodação autorizad	da					
			1 1								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 -			43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Cód						44 - Código CNES		
08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCAI				A DE LOND	RINA LTDA				6074502		
45 - Observação / Justificativ Telefone Contratado: (43) GIONAL TRABALHO MEI	3371-2500 / En	nitido em 05/	/05/2023 /AUTORIZA	ADO CONFOR	ME UNIMED DE (ORIGEM	/ Empresa / Titular:	UNIMED UBER	LANDIA COOP RE		
46. Data da Caliaitação	1[47 4	alastina di F	Proficeional Calicitante	7 40 A:	ro do Donafialda	ou De	206val 40 A=:	turo do Danas de	und male. Autorina : "		



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269	91075530		91075530			91075530	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social						
0145083517899002							
8 - Nome	·						
ANA KAREN DOS SAN	TOS BELETATO						
Dados do Profissional Solic	tante						
9 - Nome do profissional solici	ante	10 - Telefone	11	- E-mail			
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIROS						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesõ S835 Reconstrução Ligame AUTORIZADO CONFORMI		de imagem. Necessita de tratamento cirurgico					
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4		
1- 00 00590045 80777280006	LAMINA PARA SHAVER SET	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u> 1	_ ,	_ 1	_ ,	
2- 00		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	_ _ _ _ 		1	_ ,	
80044680085		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	' 		_ '	I	
3- 00 72320893		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -			l 1	_ ,	
80044680067		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	,, 		-1	1-1-1-1-1'!11	
4-					_		
			_ _ _	_ _ _ _	_		
6- _ _ _ _ _ _ _ _			_	_	_	_ ,	
24 - Especificação do Material				_ _ _ _	<u></u>		
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3 26 - Data da Solicitação	371-2500 / Emitido em 05/05/2023 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: U		IA COOP REGIONAL TRABALHI	OMEDICO LTDA		
20 - Dala da Sulicitação	27 - Assiriatura do Fronssional Solicitante		Zo - Assiriatura do	r nespunsaver pela Autunzação			