

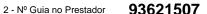
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93621507

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - I	Número da Guia A	Atribuído ne	ela Operadora						
343269						93621507			
4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 02/01/2024 14:02 93621507 04/03/2024									
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira			8 - Validade da 0	Carteira	9 - Atend	dimento de RN			
9750000014999750				N					
50 - Nome Social									
10 - Nome JOAQUIM RAMOS GARCIA									
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora		H	ome do Contratado						
08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA									
14 - Nome do Profissional Sol MARCELLO TITO				1		16 - Número do Co	onselho 17 - UF 41	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação									
19 - Código na Operadora / CNPJ								-	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inter	nação 24	4 - Regime de Intern	ação 25 - Qt	de. Diárias Solici	tadas 26 - Pre	evisão de uso de OPI	ME 27 - Previsão de	uso de Quimioterápico
1	С		1		1		S		
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)									
M199							9		
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	itados							
1- 22 30721032 2- 22 30721059 3- 22 30731062 5- 18 60000384 6- 18 60000805 7- 8- 9- 10- 11- _ _	Procedimento	ARTE ARTE ENXE SINO DIAR		D-CARPICA O RAS PSEUDA RATAMENTO ANHANTE CO	U DO PUNHO ARTROSES CIRURGICO M REFEICAC DE 2 LEITOS	COMPLETA	EIRO PRIVATIV	37 - Qtde. So 1 1 1 1 1 0 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Dados da autorização	~			1		1			
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	0 - Qtde Dia	árias Autorizadas 1	41 - Tipo de	Acomodação au	utorizada			
1			I3 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 44 - Código CNES 6074502						
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 02/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN A 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização									



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 93621507 93621507 02/01/2024 14:02 93621507 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 9750000014999750 8 - Nome JOAQUIM RAMOS GARCIA Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **MARCELLO TITO** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica **CFME ANEXO** ARTRITE / ARTROSE / SINOVITE IMPORTANTE DORSAL DO PUNHO 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 72258942 1- 00 SPBA-S-RETA - SISTEMA DE FIXACAO RIGIDA DE PLACAS RETAS BLO 10247700051 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 72252197 SPBA-S - SISTEMA DE FIXAÇÃO RIGIDA DE PLAÇAS ESPECIAIS BLOQ 10247700053 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 02/01/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização