

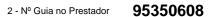
## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95350608

(Via HOSPITAL)

"	mero da Guia At	ribuído pela Ope	eradora							
343269						50608				
4 - Data da Autorização 04/06/2024 16:23	5 - Senha	9535060	6 - Data de Valid	dade da Senh 11/08/2	i					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 9940022504448001		9 - Atendiment								
50 - Nome Social										
10 - Nome GERALDO SILVERIO AGUIAR										
Dados do Contratado Solicita	nte									
12 - Código na Operadora		13 - Nome do								
78.614.971/0001-19		IRMANDAI	DE DA SANTA (							
14 - Nome do Profissional Solicitante  MAURICIO SHIGUENOBU KANASHIRO				11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 5460			11	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local Sol	icitado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operadora / CNPJ   20 - Nome do Hospital / Local Solicitado   21 - Data sugerida para Internação   78.614.971/0001-19   IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA   14/06/2024 00:00									-	
22 - Caráter do Atendimento 2	3 - Tipo de Interna	ação 24 - Reg	ime de Internação	25 - Qtde. [	iárias Solicitadas	26 - Previs	ão de uso de OPI	ME 27 - Pre	evisão de u	so de Quimioterápico
1	С		1		1		N			N
28 - Indicação Clínica PCTE COM LESÃO DE MEN	ISCO LESÃO	CONDRAL DE	JOELHO ESQUEI	RDO NECES	SITA DE TRATA	AMENTO C	IRURGICO			
29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID 10(2	2) (oncional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32	- CID 10(4) (opcio	nnal)   33	- Indicação de A	cidente (acid	lente ou d	pença relacionada)
23 - GID 101 Hitcipal (opcional)		z) (opolorial)	a., (opositial)		52 5.5 .5(.) (spoisital)		9		ocniça relacionada)	
Procedimentos ou Itens Assis										
34 - Tabela 35 - Código do F 1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 18 60000805 4- 18 60024151	Procedimento	OSTEOCO DIARIA DE	IO DU SUTURA DE INDROPLASTIA E QUARTO COL TAXA DE APAR	- ESTABIL ETIVO DE	ZACAO, RESS LEITOS COM	SECCAO E I BANHEIF	E/OU PLASTI RO PRIVATIV	SC 1 A# 1 O 1	Qtde. Solid	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
5-										
39 - Data provável da Admissão	hospitalar 40	- Qtde Diárias A	utorizadas 41	- Tipo de Aco	nodação autorizad	da				
		1	1	· 						
78.614.971/0001-19	PJ autorizado	11	Hospital / Local Auto DE DA SANTA (		ONDRINA				- 11	44 - Código CNES <b>2580055</b>
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 04/06/2024 / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/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					
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	1	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuí	· · · · ·			
343269		95350608		95350608	04/06/2024 16:23		95350608			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
9940022504448001										
8 - Nome										
GERALDO SILVERIO A	AGUIAR									
Dados do Profissional Solid	itante									
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail					
MAURICIO SHIGUENO	BU KANASHIRO									
Dados da cirurgia										
			D. NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO							
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição			16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado					
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
1- <b>78898676</b> <b>80044680449</b>	סוט		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	)  _  2		_  2	,			
2- 00 00162477	CAI		O AMC F 2,9X5,5MM 891710000			1 4				
80356130052	CAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	'		_  1	,			
3-		AKTINOM COMEK	SIO DE IMILEANTECONTOT EDICOCETDA			_	_ _ _			
				·	_	-I	IIII'!II			
4-		111111				_,, _	_ _ ,			
	 						1-1-1-1-1/1-1-1			
5-					_		,			
6-	_ _ _			.  _   _ _	_   _ _ , _	_	,			
					_ _ _	_ _				
24 - Especificação do Materia										
25 - Observação / Justificativa		06/2024 / Empress / Tital-	LINIMED SECLIDADODA S/A							
Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 04/06/2024 / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					
	H			H						