

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90975260

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núm	ero da Guia Atr	buído pela Opera	adora			90975260				
4 - Data da Autorização	]	5 - Senha		6 - Data de Valid	dada da Sant		90975260				
26/04/202	1	5 - Senna	90975260	6 - Data de Valid	25/06/						
Dados do Beneficiário	)										
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira		9 - Atendii	mento de RN				
005000005149628	6		10/0	1/2024			N				
50 - Nome Social											
10 - Nome ARMANDO CICCA	ARELLI S	SOBRINHO									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado 08.271.755/0001-3			13 - Nome do C	ontratado ARAUCARIA D	DE LONDE	RINA LTDA					
14 - Nome do Profissio			<b>i</b>		11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do <b>26535</b>			onselho	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / L										][	
19 - Código na Operado			,	al / Local Solicitado	0			1	21 - Data	a sugerida p	ara Internação
08.271.755/0001-3		11		UCARIA DE L		LTDA				2023 00:0	-
22 - Caráter do Atendime  1	ento 23	Tipo de Interna <b>C</b>	ção 24 - Regim	o 24 - Regime de Internação 1		5 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - P		revisão de uso de OPI <b>S</b>	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica					-						
29 - CID 10 Principal (c	pcional)	30 - CID 10(2	) (opcional) 3	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32	2 - CID 10(4) (	opcional)	33 - Indicação de A	cidente (a	gcidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Ite											
		ocedimento						0.1/IDE0.4.DED0		- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30733 2- 22 30733								O VIDEOARTRO .O E/OU PLASTI			1
3- <b>22 30733</b>								O LIGAMENTO			1
4- 22 30731				ICAO DE MAIS					1		1
5- 18 60000	805		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE	2 LEITOS (	OM BANH	IEIRO PRIVATIV	0 1		1
6- 18 60024	151		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EC	UIPAMENT	O PARA A	ARTROSCOPIA F	PAR 1		1
7-       _	_	.							_	_  _	_ _ _
8-									<u> </u> _	_	_ _ _
9-	<u>  </u>								<u> </u> -	_	<u>   </u>
10-  _		_								_	
11-  _     12-	 	.    							-	_	
	!!	-								_	III
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar   40 - Qtde Diárias Autorizadas   41 - Tipo de Acomodação autorizada											
39 - Data provavel da A	idmissao n	ospitalar   40	Qtde Diarias Aut	orizadas 41	- Tipo de Aco	omodação auto	orizada				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  08.271.755/0001-32  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado  HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA  44 - Código CNES  6074502									44 - Código CNES <b>6074502</b>		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 26/04/2023 / Empresa / Titular: MARIA APARECIDA CICCARELLI											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatu	ıra do Benefici	ário ou Resp	onsável 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el 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 Referen		4 - Senha		11	6 - Número da Guia atribu			
343269		90975260		90975260	26/04/2023 10:02		90975260		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000051496286									
8 - Nome									
ARMANDO CICCAREL	LI SOBRINHO								
Dados do Profissional Solid	itante								
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail				
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIROS								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica									
Paciente apresentando lesa S835 Reconstrução Ligame		emonstradas em exame físico	o e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico						
3033 Reconstrução Ligarite	anai								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do l 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição	rial no fabricanto	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	a 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fa 1- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORME				I I 1		_  1			
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ <del>                                    </del>	1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  -	-i ·	I—I—I—I"I—I		
2- 00 78898676	DIS		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	3		_  3			
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1	1-1-1-1-1/1-1-1		
3- <b>00 00597007</b>	PAF	RAFUSO INTERFERENCIA	A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	<u> </u> 1	_ _ ,	_  1	,		
80044680085		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
4- 00 72320893	DIS	POSITIVO DE FIXACAO D	E LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	1	,	_  1	_ _ , _		
80044680067		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _				
5-   _	_ _ _			_   _ .	_	_	_ _ , _		
				_ _ _ _	_ _ _ _ _ _	_			
6-   _	_ _ _ _				_! !-!-!-!-!!!-!-	-	,		
						<u>-ll</u>			
24 - Especificação do Materia	I								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		04/2023 / Empresa / Titular: I	MARIA APARECIDA CICCARELLI						
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 26/04/2023 / Empresa / Titular: MARIA APARECIDA CICCARELLI									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	Responsável pela Autorização				
	11			11					