

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94334583

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 - N  | Número da Guia A                   | Atribuído pela Ope   | radora  |   | 943345   | 583   |  |   |  |  |  |
|---|------------------------------------|--|---|---|--|---|--|---|--|--|--|
| 4 - Data da Autorização<br>07/03/2024 22:   | 5 - Senha                          | 94334583   | 6 - Data de Valida  | ade da Senha<br><b>06/05/202</b>  | 4  |   |  |   |  |  |  |
| Dados do Beneficiário   | 34]                                | 9433436  | <u>'</u>  | 00/03/202   | <u>*</u> ]   |   |  |   |  |  |  |
| 7 - Número da Carteira  |                                    | 8 - \  | /alidade da Carteira  |   | - Atendimento de   | e RN  |  |   |  |  |  |
| 0050000035309795 10/11/2024   |                                    |  |   |   | N  |   |  |   |  |  |  |
| 50 - Nome Social  |                                    |  |   |   |  |   |  |   |  |  |  |
| 10 - Nome ALEXANDRE PIRES DE CARVALHO   |                                    |  |   |   |  |   |  |   |  |  |  |
| Dados do Contratado Solicitante   |                                    |  |   |   |  |   |  |   |  |  |  |
| 12 - Código na Operadora  |                                    | 13 - Nome do   |   | E I ONDDIN  |  |   |  |   |  |  |  |
| 08.271.755/0001-32  | -144-                              | HOSPITAL   | ARAUCARIA D   |   | nselho Profissiona   | al Ido Número de 6  | 2                                      | - 140 Of dies ODO                       |  |  |  |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante CIRO VERONESE DOS SANTOS  |                                    |  |   |   | iseino Profissiona   | 16 - Número do 0<br>23858   | Conselho 17 - Ul                       | 18 - Código CBO<br><b>225270</b>        |  |  |  |
| Dados do Hospital / Local S   |                                    | ,  |   |   |  |   | 1                                      |   |  |  |  |
| 19 - Código na Operadora / C<br>08.271.755/0001-32  | 11                                 |  | ital / Local Solicitado<br>AUCARIA DE LO  |   | DA   |   | 21 - Data sugerida<br>25/03/2024 00    |   |  |  |  |
| 22 - Caráter do Atendimento  1  | 23 - Tipo de Interi                | nação 24 - Reg   | ime de Internação   | 25 - Qtde. Diár   | - 11   | 6 - Previsão de uso de Ol   | PME 27 - Previsão o                    | de uso de Quimioterápico                |  |  |  |
| 28 - Indicação Clínica  |                                    |  |   | I L   |  |   |  |   |  |  |  |
| 29 - CID 10 Principal (opciona  | i)   30 - CID 10                   | 0(2) (opcional)  | 31 - CID 10(3) (opci  | onal)   32 - C  | D 10(4) (opcional  | ) 33 - Indicação de   | Acidente (acidente o                   | u doença relacionada)                   |  |  |  |
|   |                                    |  |   |   |  |   | 9                                      |   |  |  |  |
| Procedimentos ou Itens Ass<br>34 - Tabela 35 - Código do  | sistenciais Solici<br>Procedimento | itados<br>36 - Descriçã  |   |   |  |   | 37 - Qtde. S                           | Solic. 38 - Qtde. Aut.                  |  |  |  |
| 1- 22 30726190 2- 22 30733065 3- 22 30733049 4- 22 30733073 5- 22 30731216 6- 18 6000805 7- 18 60024151 8-  |                                    | REPARO ( OSTEOCO RECONST TRANSPO DIARIA DE ALUGUEL  0 - Qtde Diárias A | DU SUTURA DE I<br>NDROPLASTIA -<br>RUCAO, RETENO<br>SICAO DE MAIS<br>E QUARTO COLE<br>TAXA DE APARE | UM MENISCO - ESTABILIZA CIONAMENTO DE 1 TENDA ETIVO DE 2 L ELHO / EQUIF | - PROCEDIMI<br>CAO, RESSEC<br>O OU REFORC<br>D - TRATAMEI<br>EITOS COM B | - TRATAMENTO CII ENTO VIDEOARTRO CCAO E/OU PLAST CO DO LIGAMENTO NTO CIRURGICO ANHEIRO PRIVATI RA ARTROSCOPIA | OSC 2<br>(IA # 1<br>OCR 1<br>1<br>VO 1 | 1 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 |  |  |  |
| 08.271.755/0001-32  |                                    | 11   | ARAUCARIA D   |   | LTDA   |   |  | 6074502                                 |  |  |  |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 07/03/2024 / Empresa / Titular: ELEVADORES ATLAS SCHINDLER LTDA  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 Referen                   |                                | 4 - Senha                             |   | 11                                      | 6 - Número da Guia atribi  |                                  |  |  |  |  |
|---|--|--------------------------------|---------------------------------------|---|---|----------------------------|----------------------------------|--|--|--|--|
| 343269  |  | 94334583                       |                                       | 94334583                                      | 07/03/2024 22:34                        |                            | 94334583                         |  |  |  |  |
| Dados do Beneficiário   |  |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
| 7 - Número da Carteira  |  | 29 - Nome Social               |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
| 0050000035309795  |  |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
| 8 - Nome  |  |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
| ALEXANDRE PIRES D   | E CARVALHO                                   |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
| Dados do Profissional Solic   | itante                                       |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
| 9 - Nome do profissional solici   | tante  |                                | 10 - Telefone                         | 1   | 1 - E-mail                              |                            |                                  |  |  |  |  |
| CIRO VERONESE DOS   | SANTOS                                       |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
| Dados da cirurgia   |  |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
| 12 - Justificativa técnica  |  |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
| Paciente apresentando lesões em joelho esquerdo, demonstradas em exame físico e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico<br>Reconstrução ligamentar |  |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
|   |  |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
|   |  |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
|   |  |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
|   |  |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
| OPME Solicitadas  |  |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
| 13 - Tabela 14 - Código do I  | Material 15 - I                              | Descrição                      |                                       | 16 - Opcão 17 - Otdo                          | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | itado 19 - Otde Autorizad  | a 20 - Valor Unitário Autorizado |  |  |  |  |
| 21 - Registro ANVISA do Mate  |  | 22 - Referência do mater       | ial no fabricante                     | 23 - Nº Autorização                           |   | ilado 10 Qidol / idiolizad | 25 Valor Official of Reconstance |  |  |  |  |
| 1- 00 00499293 CANULA MICRODEBRIDACAO OB  |  |                                | O OB F 2,9X5,5MM 892350000            | 1   | _ _ _ ,                                 | _  1                       | _ _ , _                          |  |  |  |  |
| 80356130052   | 30052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDIO |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
|   |  |                                |                                       | <u>  1                                   </u> | _ _ ,                                   | _  1                       | _ _ , _                          |  |  |  |  |
| 10208610040   |  |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
| 3- <b>00 00597007</b>   | PAR  |                                | REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB       | <u>    2</u>                                  |   | _  2                       | ,                                |  |  |  |  |
| 80044680085   | DIG  |                                | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA       | _ _ _ _                                       |   |                            |                                  |  |  |  |  |
| 4- 00 78898676<br>80044680449   | ופוט   |                                | O DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D | 3   |   | _  3                       | ,                                |  |  |  |  |
| 5-  |  | ANTINOW COMEN                  | TO DE INIFERNIESON TOFEDICOSETDA      |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
| ° 111 111111<br>  |  |                                |                                       |   |   | -I                         | י                                |  |  |  |  |
| 6-  |  | IIIII                          |                                       |   |   | <br>                       | ,                                |  |  |  |  |
|   | <br>   |                                |                                       |   | _,,_,_,_,,_,<br>_ _ _ _ _ _ _ _ _       |                            | 1111/111                         |  |  |  |  |
| 24 - Especificação do Materia   | <u> </u>                                     |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
|   |  |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
|   |  |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
|   |  |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
| 25 - Observação / Justificativa   |  |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
| Telefone Contratado: (43)3  | 371-2500 / Emitido em 07/0                   | 03/2024 / Empresa / Titular: I | ELEVADORES ATLAS SCHINDLER LTDA       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
|   |  |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
|   |  |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
|   |  |                                |                                       |   |   |                            |                                  |  |  |  |  |
| 26 - Data da Solicitação  | 27 - Assinatura do Pro                       | ofissional Solicitante         |                                       | 28 - Assinatura de                            | Responsável pela Autorização            |                            |                                  |  |  |  |  |
| •   | Ш  |                                |                                       | 11  |   |                            |                                  |  |  |  |  |