

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93519538

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da	Guia Atribuído	pela Opera	dora			9351953	38				
4 - Data da Autorização 15/12/2023 15:03 5 - Senha 935				6 - Data de V		Senha 02/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			11	idade da Carte	eira	9 -	Atendimento de	RN				
0050000004254689 12/04/2025				1/2025			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome SEBASTIAO GILDO ESTEVES												
Dados do Contratado	Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado												
08.271.755/0001-32	2	НО	SPITAL A	RAUCARIA	A DE LON	DRINA L	.TDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante JULIO DE CASTRO NETO					11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 14390				onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solicitado /	Dados da In	ternação									
19 - Código na Operado	a / CNPJ	20 - Nom	ne do Hospita	al / Local Solicit	tado					21 - Data	sugerida pa	ara Internação
08.271.755/0001-32	2	HOSPI	TAL ARA	UCARIA DE	LONDRI	NA LTD	4					
22 - Caráter do Atendimer	11 .	e Internação	24 - Regim	e de Internação	25 - Qt	de. Diárias	Solicitadas 26	- Previsão	de uso de OP	ME 27 - F	Previsão de u	so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica												
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 doenca relacionada)												
29 - CID 10 Principal (opcional) S833 30 - CID 10(2)						32 - CID 10(4) (opcional)			9			oeriça relacionada)
Procedimentos ou Iten												
1- 22 307330 2- 22 307330 3- 22 307330 4- 22 307330 5- 18 600008 7- 18 6000241 8-	49 14 73 84 05 51	MI OS SI RE DI DI AL	STEOCON NOVECTO ECONSTRI ARIA DE A ARIA DE L	DROPLAST MIA TOTAL UCAO, RETI ACOMPANH QUARTO CO	IA - ESTA PROCE ENCIONAL IANTE COL OLETIVO I	BILIZAC, DIMENTO MENTO (M REFEI DE 2 LEI EQUIPAI	EDIMENTO V AO, RESSEC O VIDEOART DU REFORCO CAO COMPL TOS COM BA MENTO PARA	CAO E/O ROSCO D DO LIO ETA ANHEIRO	OU PLASTI. PICO DE JO GAMENTO O PRIVATIV	ICO 1 A# 1 DEL 1 CR 1 1 O 1	- Qtde. Solid	2. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
39 - Data provável da Ad	missão hospitala	ar 40 - Qtde	e Diárias Auto	11		Acomodaç	ão autorizada					
1 11			1 1 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado								- 11	44 - Código CNES
08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 607450						6074502						
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 15/12/2023 / Empresa / Titular: ADRIANA CRISTINA DOS REIS SPINA ESTEVES 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
46 - Data da Solicitação	11 47	- Assinatura	do Profission	nal Solicitante	II 48 - Assir	natura do B	eneficiário ou Re	esponsáve	el II 49 - Ass	inatura do	Responsáve	el pela Autorização



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 93519538	4 - Senha	93519538	5 - Data da Autorização 15/12/2023 15:03	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93519538				
Dados do Beneficiário	93313330		93319330	13/12/2023 13.03		33313330			
7 - Número da Carteira 0050000004254689	29 - Nome Social								
8 - Nome SEBASTIAO GILDO ES	TEVES								
Dados do Profissional Solici	tante								
9 - Nome do profissional solicit		10 - Telefone	11 - E-mail						
JULIO DE CASTRO NE	то								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica JOELHO DIREITO JOELHO DIREITO									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		erial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtdo 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20 -	Valor Unitário Autorizado			
1- 76630471 80777280105	CANULA DE DEBRIDAÇÃO	AT - 161 07 10 08 TIPO 07 4,5 X 120 MM , CM CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 2 _	_ ,			
2- 00 00116700 80743230025	CANETA ABLACAO RF STR	IPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ 1 _ 1		_ 1 _	_ ,			
3-				_	- - - - - 	_ ,			
4-				_	 -	_ ,			
5-				_	 _	_ ,			
6-									
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	371-2500 / Emitido em 15/12/2023 / Empresa / Titular:	ADRIANA CRISTINA DOS REIS SPINA ESTEVES							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização					