

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92219840

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núm	ero da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora			022108	40				
		92219840						40				
4 - Data da Autorização 16/08/2023 09:49		5 - Senha 92219840		6 - Data de Validade da S 15/		/10/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			11	llidade da Carteira	1	9 - A1	tendimento de	RN				
005000003580823	6		22/0	5/2025			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome CESAR RICARDO BENINI												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operado			13 - Nome do C									
08.271.755/0001-3	2		HOSPITAL A	ARAUCARIA I	DE LONDE	RINA LT	ΓDA					
14 - Nome do Profission			5		† †	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 26535			16 - Número do Co <b>26535</b>	onselho   17 - UF   18 - Código CBC   41   <b>225270</b>		18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / L	ocal Solic	titado / Dados	da Internação								1	
19 - Código na Operado	ora / CNPJ	20	Nome do Hospit	al / Local Solicitad	lo					21 - Data	a sugerida p	ara Internação
08.271.755/0001-3	2	НС	SPITAL ARA	UCARIA DE L	ONDRINA	A LTDA				28/08/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendime	ento 23	- Tipo de Interna <b>C</b>	ção 24 - Regin	ão 24 - Regime de Internação 1		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - P		6 - Previ	revisão de uso de OPME 37 -		Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>	
28 - Indicação Clínica												
29 - CID 10 Principal (o	pcional)	30 - CID 10(2	) (opcional)	31 - CID 10(3) (opo	cional) 3	2 - CID 10	D(4) (opcional)	3:	3 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
											9	
Procedimentos ou Ite										07	0.1.0.1	00 011 4 1
34 - Tabela 35 - Có 1- <b>22 30733</b>		ocedimento		U SUTURA DE	UM MENI	SCO - P	ROCEDIME	NTO	VIDEOARTRO		- Qtde. Sol	c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 30733				ADE FEMORO								1
3- <b>22 30733</b>				IDROPLASTIA		•			-			1
4- 18 60000	805		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE	2 LEIT	OS COM BA	ANHE	IRO PRIVATIV	0 1		1
5- 18 60024	151		ALUGUELT	AXA DE APAR	RELHO / EG	QUIPAM	ENTO PAR	A AR	TROSCOPIA P	AR 1		1
6-		-									_	
7-   _   _   _   _   _   _   _   _   _	 	-   -								- 	_	 
9-	!!! 									- 		 
10-										-	_,, _	
11-	    _	_  _									_	_
12-	_									_	_	_
Dados da autorização												
39 - Data provável da A	dmissão h	ospitalar 40	- Qtde Diárias Aut <b>1</b>	torizadas 41	- Tipo de Ac	omodação	o autorizada					
42 - Código na Operado	ora / CNP.	J autorizado	43 - Nome do H	lospital / Local Aut	torizado			1				44 - Código CNES
08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 6074502												
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 16/08/2023 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA												
46 - Data da Solicitação	)	47 - Assin	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatu	ura do Bei	neficiário ou R	Respons	sável   49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

· II	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora						
343269	92219840		92219840	16/08/2023 09:49		92219840					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social										
0050000035808236											
8 - Nome											
CESAR RICARDO BEN	NI										
Dados do Profissional Solici											
9 - Nome do profissional solicit		10 - Telefone	11	- E-mail							
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIROS										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando leső S832 Reparo ou Sutura de r	es em joelho direito, demonstradas em exame físico e nenisco	de imagem. Necessita de tratamento cirurgico									
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M		Salar fol Sarah		. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	0 - Valor Unitário Autorizado					
21 - Registro ANVISA do Mate 1- <b>71502718</b>		erial no fabricante SERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_  2						
80044680086		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_	-	_  2	-					
2- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET				1						
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	  _ _ _ _ _			1-1-1-17-1-1					
3-   _				_	_						
			_ _ _ _	_	_ _						
4-   _     _				_	_	_,					
				_ _ _ _							
5-				_	_						
				_ _ _ _							
<sup>0-</sup>   _	-      -			_	_	,					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Talafona O contratado (40)0074 0500 / Faritida em 40/00/0000 / Faritida em 40/00/000 / Faritida em 40/00/000 / Faritida em 40/00/000 / Faritida em 40/00/000 / Farit											
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 16/08/2023 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização							