

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90731159

(Via HOSPITAL)

1 "	3 - Núme	ro da Guia Atri	buído pela Opera	adora							
343269		F. Carba		II C. Data da Valla	dada da Cast	90731159					
4 - Data da Autorização		5 - Senha	l t		03/06/						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
0050000009934963			07/08	8/2023			N				
50 - Nome Social											
10 - Nome FABIO JUNIOR PEREIRA											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora  08.271.755/0001-32  13 - Nome do Contratado  HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA											
14 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS						15 - Conselho Profissional 16 - Número 0 <b>06 26535</b>			Conselho 17 - UF 18 - Código CB 41 225270		18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Loc	al Solicit	tado / Dados o	da Internação								
19 - Código na Operadora			-	al / Local Solicitado	О				21 - Dat	a sugerida p	ara Internação
08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA										2023 00:0	
22 - Caráter do Atendiment			ão 24 - Regim	24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - F		revisão de uso de OP <b>S</b>	ME 27 -	Previsão de uso de Quimioterápico  N	
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 doença relacionada)											
29 - CID 10 Principal (opcional)   30 - CID 10(2) (opcional)   31 - CID 10(3) (opcional)   32 -							(opcional)	33 - Indicação de A	acidente (a	9	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens											
34 - Tabela 35 - Códig 1- 22 3073306 2- 22 3073304 3- 18 6000080 4- 18 6002415	5 9 5	cedimento	REPARO OL OSTEOCON DIARIA DE	U SUTURA DE IDROPLASTIA QUARTO COL	- ESTABIL ETIVO DE	IZACAO, I 2 LEITOS	RESSECCA COM BANH	O VIDEOARTRO O E/OU PLASTI HEIRO PRIVATIV ARTROSCOPIA I	OSC 1 A # 1 O 1	' - Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
5-									-      -      -      -      -		
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admissão hospitalar 1 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1 1											
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 <b>6074502</b>
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 04/04/2023 / Empresa / Titular: NORTOX S/A  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



2 - Nº Guia no Prestador

## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 90731159 90731159 04/04/2023 11:45 90731159 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000009934963 8 - Nome **FABIO JUNIOR PEREIRA** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesões em joelho esquerdo, demonstradas em exame físico e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico S832 Reparo ou Sutura de menisco **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 00590045 1- 00 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 78898676 DISPOSITIVO DE REPARAÇÃO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D 2- 00 80044680449 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 04/04/2023 / Empresa / Titular: NORTOX S/A 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização