

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94015639

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N	Número da Guia At	ribuído pela Opera	dora							
343269	Tamoro da Gala 7 la	ao poia Opoia	<b>40.4</b>		9401	5639				
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid							
08/02/2024 09:	44	94015639		08/04/2024						
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 0050000041344211		11	idade da Carteira		- Atendimento <b>N</b>	de RN				
50 - Nome Social		01/0-	72023							
30 - Nome Social										
10 - Nome										
ANA PRISCILA GONC	ALVES TOSI									
Dados do Contratado Solici	tante									
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Co		E I ONDDINA						
08.271.755/0001-32		HOSPITAL	RAUCARIA D			10	40. N/		llas ue l	40.0/15.000
14 - Nome do Profissional Sol CIRO VERONESE DOS				06	selho Profissio	- 11	16 - Número do Co 23858	nseino	17 - UF     <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local S		da Internação					20000			220210
19 - Código na Operadora / Cl		- Nome do Hospita	al / Local Solicitado	)				21 - Data	sugerida p	ara Internação
08.271.755/0001-32	не	OSPITAL ARA	UCARIA DE LO	ONDRINA LTI	DΑ			19/02/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Interna	ação 24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde. Diária	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPN	ЛЕ 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
1	С		1	1			S			N
28 - Indicação Clínica S835 Reconstrução Ligame										
29 - CID 10 Principal (opciona	30 - CID 10(	2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opci	onal) 32 - CIE	10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de A	cidente (ad	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens Ass		ados								
34 - Tabela 35 - Código do 1- <b>22 30726190</b>	o Procedimento	36 - Descrição	AMENTADES	DEDIEEDICAS	CDONICAS	S TDA	TAMENTO CIR		- Qtde. Soli	
2- 22 30733065			_				O VIDEOARTRO	_		1
3- <b>22 30733049</b>		OSTEOCON	DROPLASTIA -	- ESTABILIZA	CAO, RESS	ECCAC	D E/OU PLASTIA	\ # 1		1
4- 22 30733073		RECONSTR	UCAO, RETEN	CIONAMENTO	OU REFOR	CO DO	O LIGAMENTO	CR 1		1
5- 22 30731216			CAO DE MAIS					1		1
6- 18 60000805 7- 18 60024151							EIRO PRIVATIV RTROSCOPIA P			1
8-								L	_	
9-   _								_	_	_ _
10-									_	_ _ _
11-	_								-	
12-	-							'_	-	III
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissa	ão hospitalar 1/40	- Qtde Diárias Aut	orizadas 1/41 -	Tipo de Acomoda	cão autorizad	а				
35 - Bata provaver da Admissa	ao nospitalai	1	1	Tipo de Acomode	ição autorizad					
42 - Código na Operadora / C	NPJ autorizado	43 - Nome do Ho	ospital / Local Auto	rizado						44 - Código CNES
08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 6074502										
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 08/02/2024 / Empresa / Titular: JOAO PAULO FURLANETO TRINTIN  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 <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada 94015639		4 - Senha	enha 94015639		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94015639	
Dados do Beneficiário		0.10.10000		0.10.10000	08/02/2024 09:44	7101000	
7 - Número da Carteira	1	29 - Nome Social					
050000041344211							
8 - Nome							
ANA PRISCILA GONCA	ALVES TOSI						
Dados do Profissional Solici							
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	11	1 - E-mail		
CIRO VERONESE DOS	SANTOS						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando leső S835 Reconstrução Ligame		nstradas em exame físico e	de imagem. Necessita de tratamento cirurgico				
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate 1- <b>00 00499293</b>		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00499293 80356130052	CAI		NO OB F 2,9X5,5MM 892350000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-             -	_  1	
2- 00 78898676	DIS		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D			_  2	
80044680449	2.0		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3- <b>00 00597007</b>	PAF		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			_  3    _ _ , _	
80044680085		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	   _ _ _ _			
4- 00 72320893	DIS	POSITIVO DE FIXACAO D	DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	<u>  1</u>	_ _ _ ,	_  1   <u>   ,  </u>	
80044680067		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5-   _	_				_	_	
					_ _ _ _	_ _	
6-					_		
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa	371-2500 / Emitido cm 09/	02/2024 / Empresa / Titular:	JOAO PAULO FURLANETO TRINTIN				
releione Contratado: (43)3	or 1-2000 / Emiliao em 08/	ozizoz4 / Empresa / Titular: :	JOAO FAULO FURLAINE IO TRIINTIIN				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		