

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90961511

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia A	Atribuído	pela Opera	dora								
343269								9096	1511				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 25/04/2023 11:32		90	90961511 6 - Data de Validade da 3			Senha 706/2023							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira				8 - Val	idade da Carteira	a	9 -	Atendimento	de RN				
0024128700011010				30/09	/2023			N					
50 - Nome Social													
10 - Nome													
SONIA MADUREI	RA BUEN	O											
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operado	ora		13 -	Nome do Co	ontratado								
08.271.755/0001-3	2		НО	HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA									
14 - Nome do Profission							15 - Conselho Profissional			16 - Número do Conselho 23858		17 - UF 18 - Código CBO 41 225270	
CIRO VERONESE				~			06			23656		41	225270
Dados do Hospital / L				-	1/110.15.5	1.					l ot Dat		
19 - Código na Operado 08.271.755/0001-3		- 11			al / Local Solicita UCARIA DE I		INA I TD	Δ			11	a sugerida p 2023 00:0	ara Internação
22 - Caráter do Atendime	nto 23 -	Tipo de Inter	naçao	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Q	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OP	ME 27 -	Previsao de i	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica S832 Reparo ou Sutura de menisco													
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2))(2) (opci	opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionar 9			oença relacionada)
Procedimentos ou Ite	ns Assiste	nciais Solic	itados										
34 - Tabela 35 - Có 1- 22 30733 2- 22 30733 3- 18 60000 4- 18 60000	057 049 384	ocedimento	ME OS DIA	TEOCON RIA DE A	DROPLASTIA ACOMPANHA	A - ESTA	ABILIZAC OM REFEI	AO, RESS CAO CON	ECCA IPLET	OARTROSCOP O E/OU PLASTI A IEIRO PRIVATIV	ICO 1 A# 1 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
5- 18 60024			AL	UGUELTA	AXA DE APAF	RELHO	/ EQUIPA	MENTO P	ARA A	RTROSCOPIA	PAR 1	_	1
7-	 _	 									i_	_ _ _	
9-											_ _	_ _	
12-	 												
Dados da autorização													
39 - Data provável da A	dmissão ho	ospitalar 4	0 - Qtde	Diárias Auto 1	orizadas 41	I - Tipo de	Acomodaç	ão autorizad	a				
1				3 - Nome do Hospital / Local Autorizado IOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 44 - Código Ci 6074502							44 - Código CNES 6074502		
45 - Observação / Justi Telefone Contratado VA DE TRABALHO N	(43)3371	-2500 / Emi	tido em	25/04/2023	3 /AUTORIZAD	O CONF	ORME UN	IMED DE C	RIGEM	/ / Empresa / Titu	ılar: UNIM	IED CAMP	NAS COOPERATI
46 - Data da Solicitação		47 - Acc	inatura d	n Profission	al Solicitante	48 - Acci	inatura do F	Reneficiário o	II Resno	nsável 49 - Ass	inatura do	Resnonsáv	el nela 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 Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269	90961511		90961511	25/04/2023 11:32		90961511			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social								
0024128700011010									
8 - Nome									
SONIA MADUREIRA B	UENO								
Dados do Profissional Solic	itante								
9 - Nome do profissional solici		10 - Telefone	11	- E-mail					
CIRO VERONESE DOS	SANTOS								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesá S832 Reparo ou Sutura de AUTORIZADO CONFORMI		de imagem. Necessita de tratamento cirurgico*	** guia somente para troca	de hospital de guia ja liberada 90i	817772***				
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		arial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização		itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Va	alor Unitário Autorizado			
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SE		I I 1		_ 1				
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1 - 11-				
2- _	_ _ _			_	_	_ _ ,			
				_	_ _				
3-	_ _ _		_ _	_		_ _ ,			
	_ _ _ _			_	_ _				
4- _		 		_	-	_ _ ,			
				_	_ _				
³⁻				_	_	,			
6-	-				 -	,			
	_ _ _ _			_	_ _				
24 - Especificação do Materia									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 25/04/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO									
		NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa /	Titular: UNIMED CAMPINAS	S COOPERATIVA DE TRABALHO	O MEDICO				
		NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa /	Titular: UNIMED CAMPINA	S COOPERATIVA DE TRABALHO	O MEDICO				
		NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa /	Titular: UNIMED CAMPINA:	S COOPERATIVA DE TRABALHO	O MEDICO				