

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92144108

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ro da Guia A	Atribuído	pela Opera	dora								
343269					92144108								
4 - Data da Autorização 09/08/2023 11:01		Q.	92144108 6 - Data de Validade da 9			Senha /10/2023							
Dados do Beneficiário	, 11.01			2144100			10/2023						
7 - Número da Carteira				8 - Val	idade da Carteir	а	9 -	Atendimento	de RN				
8650002862167003				31/12	2/2022			N					
50 - Nome Social													
[40, No. 1)													
10 - Nome MICHELE MARIA DE ARAUJO F													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operado			11	Nome do Co									
08.271.755/0001-32			НО	SPITAL A	RAUCARIA	DE LON							
14 - Nome do Profissiona RODRIGO SERIKA			าร				15 - Conselho Profissional 06			16 - Número do Conselho 26535		17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo				ernacão						20333][71	223210
19 - Código na Operado				-	I / Local Solicita	do					21 - Data	a sugerida p	ara Internação
08.271.755/0001-32			HOSPIT	ΓAL ARA	UCARIA DE	LONDR	INA LTD	Α			11	2023 00:0	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
22 - Caráter do Atendimer	ito 23 -	Tipo de Inter	nação	24 - Regim	e de Internação	25 - C	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OP	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
1		С			1		1			S			N
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2))(2) (opci	pcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			oença relacionada)
Procedimentos ou Iten	s Assister	nciais Solic	itados										
34 - Tabela 35 - Cód 1 - 22 307330 2 - 22 307330 3 - 18 600008 4 - 18 600241 5 -	65 49 605	cedimento	RE OS DIA	TEOCON ARIA DE (UGUELT <i>A</i>	DROPLASTIA QUARTO CO AXA DE APAI	A - ESTA LETIVO RELHO	ABILIZAC DE 2 LEI / EQUIPA	AO, RESS TOS COM MENTO P	BANH ARA A	O VIDEOARTRO O E/OU PLASTI IEIRO PRIVATIV IRTROSCOPIA	DSC 1 A # 1 /O 1 PAR 1	- Qtde. Soli	C. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
Dados da autorização 39 - Data provável da Ac	lmiceão ho	enitalar 1	n - Otdo	Diárias Auto	orizadas 14	1 - Tipo de	Acomodac	ão autorizad	la l				
39 - Data provavei da Ad	แบเอริสัติ 110	opilalal 4	o - Qiae	Diárias Auto 1	orizadas 4		- woomoag	ão autorizad	ia				
								44 - Código CNES 6074502					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 09/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável pela Autorização													



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269	92144108			92144108	09/08/2023 11:01	92144108			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
8650002862167003									
8 - Nome									
MICHELE MARIA DE A	RAUJO F								
Dados do Profissional Solic	itante								
9 - Nome do profissional solici	itante		10 - Telefone	11	1 - E-mail				
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIROS								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesó S832 Reparo ou Sutura de AUTORIZADO CONFORM	menisco	nstradas em exame físico e o	de imagem. Necessita de tratamento cirurgio	00					
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 00590045	LAN	MINA PARA SHAVER SET		1		_ 1	_ _ , _		
80777280006 2- 00 78898676	DIC		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD NO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITI						
80044680449	סוט		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD			_ 2	_ ,		
3-		ARTINOM COMERC	NO DE IIIII EANTEGORTOI EDIGOGETO				_ ,		
					_	-ı ı—ı—ı—ı -l l	I—I—I—I"I—I—I		
4-		IIIII		·			_ ,		
	 			 	,,,,_,_,_ _ _ _ _ _ _ _ _	_,	·—·—·		
5-				_	_	_	_ _ , _		
	_ _ _			l _ _ _	_ _ _ _	_ _			
6-	_ _ _			_ _	_	_	_ _ , _		
			 	_ _ _ _	_ _ _	_			
24 - Especificação do Materia	I								
25 - Observação / Justificativa	ì								
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 09/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				