

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95766400

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da Gui	io Atribuído	nolo Oporo	doro								
343269	5 - Numero da Gu	a Allibuldo	реіа Орегас	dora			95766	400				
4 - Data da Autorização 10/07/2024	5 - Senh		5766400	6 - Data de Valid		enha 9/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Vali	dade da Carteira		9 - /	Atendimento d	de RN				
0050000061677402			13/06	/2026			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome MATEUS VINICIUS MARTINS DE SOUZA												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado												
78.614.971/0001-19		IRM	ANDADE	DA SANTA C	CASA DI	E LOND	RINA					
14 - Nome do Profissional FABIO FRAGA MAL		IRA			11	15 - Conse <b>06</b>	elho Profission	- 11	6 - Número do C <b>9832</b>	onselho	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Loc	al Solicitado / Da	idos da Inte	ernação									
19 - Código na Operadora			•	I / Local Solicitado	)					21 - Data	a sugerida p	ara Internação
78.614.971/0001-19		IRMANI	DADE DA	SANTA CAS	A DE LO	ONDRIN	Α					
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Ir	ternação	24 - Regime	e de Internação 1	25 - Qtd	e. Diárias S	Solicitadas	26 - Previs	são de uso de OF	PME 27 -	Previsão de ı	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica												
29 - CID 10 Principal (opc	onal) 30 - CID	10(2) (opci	onal) 3	I - CID 10(3) (opci	ional)	32 - CID 1	10(4) (opciona	al) 33	- Indicação de /	Acidente (a	cidente ou d	oença relacionada)
Procedimentos ou Itens	Assistenciais So	licitados										
1- 22 3073306 2- 22 3073307 3- 22 3073121 4- 18 6000080 5- 18 6002415 6-	3 6 5 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	REI	CONSTRI ANSPOSI IRIA DE ( UGUELTA	SUTURA DE I JCAO, RETENI CAO DE MAIS QUARTO COLI	CIONAM DE 1 TE ETIVO D ELHO / E	MENTO ( ENDAO - DE 2 LEIT EQUIPAI	DU REFORO	CO DO ENTO CI BANHEI RA ART	LIGAMENTO IRURGICO RO PRIVATIV	OSC 1 CR 1 1 /O 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1  1  1
39 - Data provável da Adn	issão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto	- 11	Tipo de A	Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora	/ CNPJ autorizad	lo   43 - 1	Nome do Ho	ospital / Local Auto	orizado							44 - Código CNES
78.614.971/0001-19 IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 2580055												
45 - Observação / Justifica Telefone Contratado: (4	3)3373-1500 / E											
46 - Data da Solicitação	47 - 4	Assinatura d	<ul> <li>Profission</li> </ul>	al Solicitante 114	18 - Assina	atura do B	eneticiário ou	Respons	avel     49 - Ass	sinatura do	Responsáv	el pela Autorização

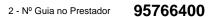




Unimed A Londrina

## GUIA DE SOLICITAÇÃO 2-Nº DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Gui	ia de Solicitad	ção de Internação		4 - Data da Autori: <b>25/07</b>	zação /2024 10:55			
5 - Senha	J					Operadora			
o definid			95924289	11	odia / Milodido pola	Operadora			95924289
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira			31 - Nome Social						
0050000061677402	2								
8 - Nome									
MATEUS VINICIUS	MARTINS DE	SOUZA							
Dados do Contratado									
9 - Código na Operadora		- 11	0 - Nome do Contratado						
78.614.971/0001-19			RMANDADE DA SANT	A CASA DE L	ONDRINA				
11 - Nome do Profission				i i	elho Profissional	13 - Número d	lo Conselho	14 - UF	15 - Código CBO
FABIO FRAGA MA	LULI DE OLIVE	IRA		06		39832		41	225270
Dados da Internação									
16 - Qtde. diárias Adicio	nais Solicitadas	17 -Tipo da	Acomodação Solicitada						
0			1						
18 - Indicação Clínica			P. I	1					
entorse de joeino Dile	sao de LCA lesão o	de menisco	medial menisco lateral cor	idropatia patelar (	grau 2				
Procedimentos ou Iter									
19 - Tabela 20 - Cóo 1- <b>22 307330</b>	digo do Procedimento		Descrição PARO OU SUTURA DE U	IM MENISCO	DDOCEDIMENT	OVIDEOAD		- Qtde. Solid	
1- 22   30/330   2-	כסת	I KEP	ARO OU SUTURA DE C	JIM MENISCO -	PROCEDIMENT	O VIDEOAK	RUSC 1	1 1 1	1
3-		-l						-lll -l l l	
4-		-					 	-lll 	
5-		-						-lll 	
6-		-						-lll 	
7-		-l					 	-11 	
8-		_					 	-11 	 
Dados da autorização								-11	III
24 - Qtde. Diárias Adicio		25 - Tipo da	a Acomodação Autorizada						
0	maio / tatonizadao	1	.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,						
26 - Justificativa da oper	radora								
27 - Observação / Justifi									
Telefone Contratado:	(43)3373-1500 / E	mitido em 2	5/07/2024 / Empresa / Titu	lar: VANCOURO	S INDUSTRIA É C	OMERCIO DE	COUROS		
28 - Data da Solicitação	79 - A	Assinatura do	Profissional Solicitante 3	0 - Assinatura do F	esponsável pela Au	ıtorização			
	1123-7			o / toomatara do r	Soporiouvoi poid Au				



## 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 atribuío	
343269		95766400		95766400	10/07/2024 17:34		95766400
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000061677402							
8 - Nome							
MATEUS VINICIUS MA	ARTINS DE SOUZA						
Dados do Profissional Solid	citante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	11	- E-mail		
FABIO FRAGA MALUL	I DE OLIVEIRA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica							
ESTENOSE DE JOELHO [ ESTENOSE DE JOELHO [							
OPME Solicitadas		- · · ·		40.0 7.47.011	0 11 11 10 14 11 11 11 11 11		00 1/1 11 11/1 1 1 1
13 - Tabela 14 - Código do 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	<ul> <li>Solicitada 18 - Valor Unitário Solicido de Euncionamento</li> </ul>	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- <b>00590045</b>		MINA PARA SHAVER SET		I I 1		1	,
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1	111711
			LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA	A     1		1	_ _ , _
10208610040		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		-	
3- 00597007	PAF	RAFUSO INTERFERENCIA	REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	1	_ _ _ , _	_  1	,
80044680085		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- 78898676	DIS	POSITIVO DE REPARACA	AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO	D    4	_ _ _ ,	_  4	_ _ , _
80044680449		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _	_		
5-   _	_ _ _			_	_	_	_ _ , _
					_	_	
6-   _    _	_ _ _			-  -     -	_	_	_ _ , _
					_ _ _		
24 - Especificação do Materia	I						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		/07/2024 / Empresa / Titular: \	VANCOUROS INDUSTRIA E COMERCIO DE C	OUROS			
10,0,0,0,0	Joro 1000 / Elimindo din 10/	orreder remprodur redian.	VIIIOONOO INDOOTNIKE OOMENOIO DE O	CONCO			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
	III			II .			