

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94515398

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	· Número da Guia	a Atribuído	pela Oper	adora								
343269							9451	5398				
4 - Data da Autorização	5 - Senha	a		6 - Data de 1	Validade da	Senha						
22/03/2024 21	:04	9	4515398		28/	/05/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - V	alidade da Cart	eira	9 - /	Atendimento	de RN				
0482082889000456							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome												
SAULO SALIN												
Dados do Contratado Soli	citante											
12 - Código na Operadora		H	Nome do (
08.271.755/0001-32		НО	SPITAL	ARAUCARI	A DE LON	NDRINA L	TDA					
14 - Nome do Profissional So						1	lho Profissio	11	16 - Número do Cor	selho	17 - UF	18 - Código CBO
CIRO VERONESE DO	S SANTOS					06			23858		41	225270
Dados do Hospital / Local												
19 - Código na Operadora /	CNPJ	1	•	ital / Local Solic		INIA I TO			- 11			para Internação
08.271.755/0001-32		L		AUCARIA D							024 00:0	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Int	ternação	24 - Regir	me de Internação	o 25 - Q	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pre	visão de uso de OPM	E 27 - P	revisão de	uso de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica	С			1		1			S			N
29 - CID 10 Principal (opcior	nal) 30 - CID	10(2) (opc	cional)	31 - CID 10(3)	(opcional)	32 - CID 1	10(4) (opcior	nal) [3	33 - Indicação de Aci	dente (ac	idente ou d	doença relacionada)
		,,,,		` '	,		() ()		,	•	9	,
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais So	licitados				-						
	do Procedimento		- Descrição)						37	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30733065		RE	EPARO O	U SUTURA	DE UM ME	ENISCO - I	PROCEDII	MENTO	VIDEOARTROS	C 1		1
2- 22 30733049		05	STEOCO	NDROPLAST	ΓIA - ESTA	BILIZACA	AO, RESS	ECCAC	E/OU PLASTIA	# 1		1
3- 18 60000805									EIRO PRIVATIVO			1
4- 18 60024151		. AL	UGUEL1	TAXA DE AP	ARELHO	/ EQUIPAI	MENTO PA	ARA AF	RTROSCOPIA PA	AR 1		1
5-	_ _ _ _	-!								_	-	
6- _ _ _ _ _ _ _ _ _		-								_ -	- 	
		-! 								_ -	-!! 	
9-		-, 										
10-		_;										
11-		_i								_ i_		
12-	_ _ _ _	_l								_ _	_	
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde	e Diárias Au	utorizadas	41 - Tipo de	e Acomodaç	ão autorizad	а				
			1		1							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Loc				Hospital / Local								44 - Código CNES
					11					6074502		
45 - Observação / Justificativ	/a											
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 22/03/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED PORTO ALEGRE COOP ERATIVA MEDICA LTDA												
46. Data da Calisitação	1	ooir -t	do Destina	and Callaire	140 4	inature 1: 5	on of i = 1 5 - 1 -	D	acéual 40 Accin	otus- 1: 1	Door '	tol polo Autorio . "



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada	94515398	- Senha	94515398	5 - Data da Autorização 22/03/2024 21:04	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94515398		
		94313390		94313330	22/03/2024 21.04		34313330	
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira	29 - 1	Nome Social						
0482082889000456								
8 - Nome								
SAULO SALIN								
Dados do Profissional Solid								
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	1	1 - E-mail			
CIRO VERONESE DOS	SANTOS							
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica								
Paciente apresentando lesá RUPTURA DO MENISCO / AUTORIZADO CONFORM	ATUAL	as em exame físico e de il	magem. Necessita de tratamento cirurgico					
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do					e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00499293		22 - Referência do material	OB F 2,9X5,5MM 892350000	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1		
80356130052			D DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ '	,	
2- 78898676			DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	_ 2		_ 2	,	
80044680449		ARTHROM COMERCIO	O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _		 •	1-1-1-1/1-1-1	
3- _					_	_	_ _ , _	
4- _					_	_	_ _ , _	
		_ _			_ _ _ _	_		
5- _ 	_ _ _				_	_	_ ,	
 6-			_ _ _ _		_ _ _	 	,	
·						_I	I 1/	
24 - Especificação do Materia								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		24 /ALITORIZADO CONF	FORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titula	r: LINIMED PORTO A	EGRE COOPERATIVA MEDICA	LTDA		
releitine Contratation. (43)3	557 1-2500 / EIIIIIIIUU EIII 22/03/202	27 /AU I ONIZADO CONF	OTAME OTHINED DE OTTIGEM / EMPIESA / HILLIA	I. GINIIVILD FOR IO A	LLONE GOOFERATIVA WEDIGE	LIDA		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profission	nal Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			