

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90760099

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS							
4 - Data da Autorização 06/04/2023 10:01 5 - Senha 90760099 6 - Data de Validade da Senha 09/06/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8650002025054301 8 - Validade da Carteira 30/11/2022 9 N							
Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN N 50 - Nome Social 10 - Nome 10 - Nome							
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 8650002025054301 30/11/2022 N N 10 - Nome Nome N N N N N N N N N							
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 30/11/2022 9 - Atendimento de RN N							
50 - Nome Social 10 - Nome							
10 - Nome							
GIOVANA DE OLIVEIRA MAZZA							
GIOVANA DE OLIVEIRA MAZZA							
Dados do Contratado Solicitante							
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado							
08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA							
14 - Nome do Profissional Solicitante15 - Conselho Profissional16 - Número do Conselho17 - UF18 - Código CBrCIRO VERONESE DOS SANTOS2385841225270							
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação							
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação							
08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 01/05/2023 00:00							
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterá N N							
28 - Indicação Clínica							
S835 Reconstrução Ligamentar joelho esq							
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionad							
9							
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados							
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Au							
1- 22 30726190 LESOES LIGAMENTARES PERIFERICAS CRONICAS - TRATAMENTO CIRUR 1 1							
2- 22 30733103 INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET 1 1							
3- 22 30733073 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR 1 1 1 4- 22 30731216 TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 1 1							
5- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1							
6- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1							
7-							
7-							
8-							
8-							
8-							
8-							
8-							
8-							
8-							
8-							



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Refere	<u> </u>	nha	2272222	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		90760099		90760099	06/04/2023 10:01	90760099	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
8650002025054301							
8 - Nome							
GIOVANA DE OLIVEIRA MAZZA							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	11	- E-mail		
CIRO VERONESE DOS SANTOS							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesões em joelho esquerdo, demonstradas em exame físico e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico S835 Reconstrução Ligamentar joelho esq AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição				6 - Opção 17 - Qtde	. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do material no fabricante		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00590045		LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ 1		_ 1 _ _ ,	
80777280006			_ _ _ _				
2- 00 00597007	PA	RAFUSO INTERFERENCIA REAL	_ 1		_ 1		
80044680085 3- 00 72320893	DIG	ARTHROM COMERCIO DE SPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_			
80044680067	Dis	ARTHROM COMERCIO DE	_ '		_ 1		
4- 00 101097077	FΔ	STFIT ANCHOR RAZEK - 500120		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ 2 _ ,	
80356130205	1.7		EIMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_,	1/ 1/ 1/ 1/ 1/ 1/ 1/ 1/ 1/ 1/ 1/ 1/ 1/ 1/ 1/		
5-	11111		<u>-</u> 1			_	
	,,,,, 			 	_, _	,	
6-				_	_		
					_		
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 06/04/2023 /AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do P	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		