

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95688197

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ro da Guia At	ribuído pela O _l	peradora										
343269							9568	8197						
4 - Data da Autorização 5 - Senha 03/07/2024 16:14		956881	95688197 6 - Data de Validade da 22/											
Dados do Beneficiário				·		.00,202								
7 - Número da Carteira			8	Validade da Car	teira	9 -	Atendimento	de RN						
8650002810153028	3						N							
50 - Nome Social														
10 - Nome														
EMERSON BONORA														
Dados do Contratado Solicitante														
12 - Código na Operado 08.271.755/0001-32	1 ' '				13 - Nome do Contratado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA									
14 - Nome do Profission		te		TOOT THE ARAGOARIA DE EST			elho Profissio	16 - Número do Conselho		17 - UF 18 - Código CBO				
CIRO VERONESE	DOS SA	NTOS				06 23858			23858		41	225270		
Dados do Hospital / Lo			-											
19 - Código na Operado 08.271.755/0001-3 2		1.1		spital / Local Solid RAUCARIA D		INA LTD	Δ			1	a sugerida p 2024 00:0	ara Internação 0		
22 - Caráter do Atendimer		Tipo de Interna		egime de Internaçã		Qtde. Diárias		26 - Pr	evisão de uso de OP	<u> </u>		so de Quimioterápico		
1		С		1		1			S			N		
28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MENIS	CO ATUA													
RUPTURA DO MENIS	SCO ATUA	NL										•		
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)				I) 31 - CID 10(3) (opcional) 32			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença re		oenca relacionada)			
\$832 S832		L) (0p0.01.a.)	polonial)			oz olz ro(i) (opololia.)		9			oonya rolaolollaaa)			
Procedimentos ou Iter			ados											
34 - Tabela 35 - Cóo		cedimento	36 - Descri	•	DE 1184 841		DDGGEDI		0 \//DE0 4 DED		- Qtde. Soli	_		
1- 22 307330 2- 22 307330									O VIDEOARTRO O E/OU PLASTI			1		
3- 18 600005				E APARTAM			AO, NEGO	LUUA	O L/OO FLASTI	1		1		
4- 18 600241							MENTO P	ARA A	RTROSCOPIA			1		
5- _										_	_			
6- _	_									l_	_			
7- _										_	_ _			
8- _										L	_ _			
9- _										<u> </u> _	_			
10-											_			
11- 12-											_			
Dados da autorização										I-	_	III		
39 - Data provável da Ad		spitalar 40	- Qtde Diárias	Autorizadas	41 - Tipo de	e Acomodao	ão autorizad	а						
			1	1	12									
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES														
08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 6074502														
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 03/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C														
Telefone Contratado: OOPERATIVA CENTR		2500 / Emiti	do em 03/07/2	2024 /AUTORIZ	ADO CONF	ORME UN	IMED DE C	RIGEN	/I / Empresa / Titu	ılar: CEN	I RAL NACI	ONAL UNIMED C		
L. L. L. L. L. L. C. L. KI														
		1							, ,					
46 - Data da Solicitação		11 47 - Assir	natura do Profis	sional Solicitante	1148 - Ass	inatura do F	Beneficiário o	u Resno	onsável II 49 - Ass	inatura do	Responsávi	el pela Autorização		



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

Unimed A

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95688197	4 - Senha	95688197	5 - Data da Autorização 03/07/2024 16:14	6 - Número da Guia atribuíd	lo pela Operadora 95688197			
Dados do Beneficiário	93000197		93000197	03/07/2024 10.14		93000197			
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social								
8650002810153028	20 Nome coolar								
8 - Nome EMERSON BONORA									
Dados do Profissional Solici	tante								
9 - Nome do profissional solicit		10 - Telefone	11	- E-mail					
CIRO VERONESE DOS	SANTOS								
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica									
PACIENTE APRESENTANI RUPTURA DO MENISCO A AUTORIZADO CONFORME		IS EM EXAMES FISICO E DE IMAGEM. NECESSIT.	A DE TRATAMENTO (CIRURGICO.					
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do N 21 - Registro ANVISA do Mate		vial no fabricanto		. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado			
1- 00499293		AO OB F 2,9X5,5MM 892350000	23 - Nº Autorização		_ 1	,			
80356130052		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	, <u></u> , - - - - -		_1 .	י -			
2- 00 100540902	JUGGERSTITCH - 110024773	3: JUGGERSTITCH DISPOSITIVO DE REPAR	_ 2		_ 2	,			
80044680474	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
3- _				_	_ _	,			
_ _ _		_		_	_				
⁴⁻ _ 				_	_	_ _ , _			
	 					,			
					=ı ı—ı—ı—ı _ _	1-1-1-1-171-1-1			
6- _				_	_	_,			
					_ _				
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 03/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					