

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91828421

(Via HOSPITAL) 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 91828421 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 11/07/2023 12:47 91828421 10/09/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 9750000010874278 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome KAREN CAROLINE PHILADELPHO Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32 **HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA** 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 17 - UF **CIRO VERONESE DOS SANTOS** 06 23858 41 225270 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 24/07/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação 26 - Previsão de uso de OPME C 1 s Ν 1 28 - Indicação Clínica S835 Reconstrução Ligamentar 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 relacionada) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 34 - Tabela 36 - Descrição 1- 22 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 2- **22** 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 3- **22** 30733073 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR 4- 22 30731216 TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 5- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 6- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 7- |__|_| 8- |__|_| 9- | | | 10-| | | 11-12-I I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 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 11/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização





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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuí	do pela Operadora	
343269		91828421		91828421	11/07/2023 12:47		91828421	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social								
9750000010874278								
8 - Nome								
KAREN CAROLINE PHILADELPHO								
Dados do Profissional Solicitante								
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail			
CIRO VERONESE DOS SANTOS								
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesões em joelho direito, demonstradas em exame físico e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico S835 Reconstrução Ligamentar AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição					16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no				23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SET 80777280006 ARTHROM COMER		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	,		
			A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			_ 1		
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1 '	-	
3- 00 72320893	nis		E LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -			1		
80044680067	2.0		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-ı ·	I—I—I—I—II—I	
4- 00 100540910	JUG		: JUGGERSTITCH DISPOSITIVO DE REPAR			_l 2		
80044680474		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 			1-1-1-1-1/1-1-1	
5-					_	-	,	
					_ _ _ _ _ _	_		
6-	_ _ _ _				_	-	,	
					_ _ _ _			
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 11/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			