

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92603463

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Núm | ero da Guia Atr | ibuído pela Opera | adora | | 926 | 03463 | | | | |
|--|--------------------------|-------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------|---|------------------|---|---------------------------|----------------------|--|
| | | E Conho | | 6 Doto do Valid | dada da Canha | 7 | 03403 | | | | |
| 4 - Data da Autorização 5 - Senha 21/09/2023 08:44 | | 5 - Senna | 92603463 | 92603463 6 - Data de Validade da 20 | | 23 | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | | † † | alidade da Carteira | | 9 - Atendiment | to de RN | | | | |
| 005000000397930 | 2 | | 21/0 | 7/2024 | | N | ı | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome CLAUDEMIR LUIZ | VOLPE | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operado 08.271.755/0001-3 | | | 13 - Nome do C | ARAUCARIA D | DE LONDRIN | A LTDA | | | | | |
| 14 - Nome do Profission | | | | | 15 - C | 15 - Conselho Profissional 16 - Número do 23858 | | | onselho | 17 - UF 41 | 18 - Código CBO 225270 |
| Dados do Hospital / Lo | ocal Solic | itado / Dados | da Internação | | [| | | | | | |
| 19 - Código na Operado | | | | al / Local Solicitado | 0 | | | | 21 - Data | a sugerida p | ara Internação |
| 08.271.755/0001-3 | 2 | нс | SPITAL ARA | UCARIA DE L | ONDRINA L | | , | | 09/10/2 | 2023 00:0 | 0 |
| 22 - Caráter do Atendime 1 | nto 23 · | - Tipo de Interna C | ção 24 - Regim | ne de Internação 1 | 11 | ias Solicitadas | 26 - Pr | evisão de uso de OPI S | ME 27 - | Previsão de | uso de Quimioterápico N |
| 28 - Indicação Clínica S832 Reparo ou Sutu | ra de mer | nisco | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (or | ocional) | 30 - CID 10(2 |) (oncional) | 31 - CID 10(3) (opc | sional) 32 . | ID 10(4) (opcic | onal) | 33 - Indicação de A | cidente (a | cidente ou c | Inenca relacionada) |
| 25 OID TOT IIIIOPAI (O) | olonal) | 00 015 10(2 | , (opolonal) | 71 012 10(0) (000 | Jonaly 02 | 15 10(1) (05010 | orial) | - maioayao ao 70 | orderite (d | 9 | ooniga roladionidaa) |
| Procedimentos ou Iter | | | | | | | | | | | - |
| 34 - Tabela 35 - Cóc 1- 22 30733(2- 22 30733(3- 18 60000(4- 18 60024' | 065 049 805 151 | ocedimento | REPARO OI OSTEOCON DIARIA DE | U SUTURA DE IDROPLASTIA QUARTO COL | - ESTABILIZ ETIVO DE 2 | ACAO, RES EITOS CON | SECCA II BANH | O VIDEOARTRO O E/OU PLASTIA IEIRO PRIVATIV IRTROSCOPIA F | SC 1 A # 1 O 1 | - Qide. 501 | c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 |
| 6- | | | | | | | | | - - - - - | | |
| 12- | | _ | | | | | | | l_ | _ | |
| Dados da autorização | | eenitel = 1 40 | Otdo Diázir de | torizodes 17. | Tine de A | doose | do | | | | |
| 39 - Data provável da A | dmissão h | ospitalar 40 · | · Qtde Diárias Aut 1 | torizadas 41 | - Tipo de Acomo | dação autoriza | da | | | | |
| 42 - Código na Operado 08.271.755/0001-3 | | J autorizado | 1 | lospital / Local Auto | | A LTDA | | | | | 44 - Código CNES 6074502 |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 21/09/2023 / Empresa / Titular: CLAUDEMIR LUIZ VOLPE | | | | | | | | | | | |
| 46 - Data da Solicitação | | 47 - Assina | atura do Profissio | nal Solicitante | 48 - Assinatura | o Beneficiário | ou Respo | onsável 49 - Ass | inatura do | Responsáv | el pela Autorização |



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 Referer | 92603463 4 - Senha | | 92603463 | 5 - Data da Autorização 21/09/2023 08:44 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92603 | |
|--|----------------------------|-------------------------------|--|---------------------|---|--|--------------------------------|
| Dados do Beneficiário | | 02000100 | | 02000100 | 21/00/2020 00111 | | 02000100 |
| 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | | |
| 0050000003979302 | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | |
| CLAUDEMIR LUIZ VOL | .PE | | | | | | |
| Dados do Profissional Solici | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicit | | | 10 - Telefone | 11 | 1 - E-mail | | |
| CIRO VERONESE DOS | SANTOS | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesõ S832 Reparo ou Sutura de i | | emonstradas em exame físico | e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do N | | Descrição | | | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | itado 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitário Autorizado |
| 21 - Registro ANVISA do Mate | | 22 - Referência do mater | | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento | | |
| 1- 00 00590045 80777280006 | LAI | MINA PARA SHAVER SET | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | 1 | _ , | _ 1 | , |
| 2- | 11111 | AKTIMOM OOMEK | NO DE IMILEANTEGORIO EDIGOGEIDA | | | _ | _ _ , _ |
| | | | | | | _ _ | 1-1-1-1-1/1-1-1 |
| 3- | | | | | _ | _ | , |
| | _ _ _ | | | | | _ _ | |
| 4- | | | | | _ | _ _ | _ , |
| | | | | | _ _ _ _ | _ | |
| 5- | _ _ _ | | | | | _ | , |
| 6- | | IIIII | | | | - | _ _ , _ |
| | | | | | | | 1111/111 |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa | | /00/2022 / Empress / Tituler: | CLALIDEMIR LUIZ VOLDE | | | | |
| releione Contratado: (43)3 | 37 1-2000 / EMILIQO em 21/ | /09/2023 / Empresa / Titular: | OLAODLIVIIK LUIZ VOLFE | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pr | rofissional Solicitante | | 28 - Assinatura do | o Responsável pela Autorização | | |