

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93351934	
4 - Data da Autorização 30/11/2023 14:36	5 - Senha 93351934	6 - Data de Validade da Senha 04/03/2024

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira 0970000009056780	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
50 - Nome Social		
10 - Nome GUILHERME MARTINS DE CASTRO		

Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32	13 - Nome do Contratado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA			
14 - Nome do Profissional Solicitante CIRO VERONESE DOS SANTOS	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 23858	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 08.271.755/0001-32	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA			21 - Data sugerida para Internação 11/12/2023 00:00	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica S832 Reparo ou Sutura de menisco					
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) 9	

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.	
1- 22	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1	
2- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	1	1	
3- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1	
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					

Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 12	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 08.271.755/0001-32	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA		44 - Código CNES 6074502
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 30/11/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30 733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO CONFORME ACEITE DO MEDICO SOLICITADO ADEQUAÇÃO PARA 30726182 LESOES LIGAMENTARES AGU DAS - TRATAMENTO CIRURGICO NA GUIA 93637985 / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO			
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

1 - Registro ANS
343269

3 - Número da Guia de Solicitação de Internação

4 - Data da Autorização

04/01/2024 11:24

5 - Senha

93637985

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

93637985

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

0970000009056780

31 - Nome Social

8 - Nome

GUILHERME MARTINS DE CASTRO

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora

08.271.755/0001-32

10 - Nome do Contratado

HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA

11 - Nome do Profissional Solicitante

CIRO VERONESE DOS SANTOS

12 - Conselho Profissional

06

13 - Número do Conselho

23858

14 - UF

41

15 - Código CBO

225270

Dados da Internação

16 - Qtde. diárias Adicionais Solicitadas

0

17 - Tipo da Acomodação Solicitada

12

18 - Indicação Clínica

S832 Reparo ou Sutura de menisco

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

19 - Tabela	20 - Código do Procedimento	21 - Descrição	22 - Qtde. Solic.	23 - Qtde. Aut
1- 22	30726182	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dados da autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas

0

25 - Tipo da Acomodação Autorizada

12

26 - Justificativa da operadora

27 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 04/01/2024 / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

28 - Data da Solicitação

29 - Assinatura do Profissional Solicitante

30 - Assinatura do Responsável pela Autorização

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 93351934	4 - Senha 93351934	5 - Data da Autorização 30/11/2023 14:36	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93351934
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0970000009056780	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

GUILHERME MARTINS DE CASTRO

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante CIRO VERONESE DOS SANTOS	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

Paciente apresentando lesões em joelho direito, demonstradas em exame físico e de imagem. necessita de tratamento cirurgico

S832 Reparo ou Sutura de menisco

AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO CONFORME ACEITE DO MEDICO SOLICITADO ADEQUAÇÃO PARA 3072618

2 LESOES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRURGICO NA GUIA 93637985

OPME Solicitadas

13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material	14 - Código do Material	15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 80356130052	00499293	CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2- 00 80044680449	78898676	DISPOSITIVO DE REPARACAO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 30/11/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO CONFORME ACEITE DO MEDICO SOLICITADO ADEQUAÇÃO PARA 30726182 LESOES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRURGICO NA GUIA 93637985 / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO ME DICO

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização