

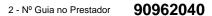
## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90962040

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela Oper	adora							
1 - Registro ANS 343269 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90962040						040				
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid		]					
25/04/2023 12	:02	90962040		24/06/2023						
Dados do Beneficiário		1/				. =				
7 - Número da Carteira 0050000035818827		11	alidade da Carteira	9	Atendimento d	le RN				
50 - Nome Social		24/0	3/2023		IN					
50 - Nome Social										
10 - Nome										
MARIA EDUARDA DE	SOUSA									
Dados do Contratado Solid	citante									
12 - Código na Operadora		13 - Nome do C								
08.271.755/0001-32		HOSPITAL	ARAUCARIA D							
14 - Nome do Profissional So		00		i i	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 26535			11 11		18 - Código CBO
RODRIGO SERIKAWA				06		2653	5		41	225270
Dados do Hospital / Local : 19 - Código na Operadora / C		os da Internação 20 - Nome do Hospi	tal / Local Solicitado				113	21 - Data e	ugerida n	ara Internação
08.271.755/0001-32	11	HOSPITAL ARA			A		11	)1/05/20:	-	-
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inter	rnação 24 - Regir	ne de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 2	26 - Previsão d			Previsão de uso de Quimioterápico	
2	С		1	1		5	3			N
28 - Indicação Clínica				-						
S835 Reconstrução Ligam	entar									
29 - CID 10 Principal (opciona	al) 30 - CID 10	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opci	ional) 32 - CID	10(4) (opciona	33 - Ind	licação de Acio	dente (acid	ente ou d	oença relacionada)
								9		
Procedimentos ou Itens As										
34 - Tabela 35 - Código o	lo Procedimento	36 - Descrição	U SUTURA DE I	IIM MENISCO .	PROCEDIM	ENTO VIDE	OARTROS		Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. <b>1</b>
2- 22 30733049			NDROPLASTIA			_		_		1
3- 22 30733073			RUCAO, RETEN		•					1
4- 22 30731216		TRANSPOS	SICAO DE MAIS	DE 1 TENDAO	- TRATAME	NTO CIRUI	RGICO	1		1
5- 18 60000805			QUARTO COLI					1		1
6- 18 60024151		ALUGUELT	AXA DE APARI	ELHO / EQUIPA	MENTO PAI	RA ARTRO	SCOPIA PA	R 1		1
7-   _   _   _   _   _   _   _   _   _	_							-	_	_
9-								- 	 	 
10-	_    _  _							_		   _
11-								_ i_i	 	 
12-	_ _ _							_  _	_ _	_ _ _
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	40 - Qtde Diárias Au	11	- Tipo de Acomoda	ção autorizada					
		1	1							
42 - Código na Operadora / 0	CNPJ autorizado	11	Hospital / Local Auto						- 11	44 - Código CNES
08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 6074502										
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 25/04/2023 / Empresa / Titular: DIFRIPAR LOGISTICA E DISTRIBUICAO LTDA										
46 - Data da Solicitação	47 - Ass	sinatura do Profissio	onal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário ou	Responsável	49 - Assina	tura do Re	esponsáve	el pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenc		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuíd				
343269		90962040		90962040	25/04/2023 12:02		90962040			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0050000035818827										
8 - Nome										
MARIA EDUARDA DE	SOUSA									
Dados do Profissional Solid	citante									
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	1	1 - E-mail					
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIROS									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesí S835 Reconstrução Ligame		nstradas em exame físico e o	de imagem. Necessita de tratamento cirurç	gico						
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição	et a fel dans		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado					
1- <b>00 00590045</b>	21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fa 1- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORME			23 - Nº Autorização I I 1	de Funcionamento	1				
80777280006	LAW		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT	i—i ·		_  '				
2- 00 78898676	DISI		O DO MENISCO - CM-8001: DISPOSI			3	_ _ ,			
80044680449			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT			-1 -	1			
3- <b>00 00597007</b>	PAR	RAFUSO INTERFERENCIA	REABSORVIVEL GENTLE THREADS	CAB  _  1		_  1				
80044680085		ARTHROM COMERO	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT	DA  _ _ _						
4- 00 72320893	DISI	POSITIVO DE FIXACAO D	E LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLEI	_OC -    1	_ _ ,	_  1	,			
80044680067		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT	DA  _ _ _ _	_ _ _					
5-   _    _	_ _ _ _			_	_	_ _	,			
			.	_	_!_!_!_!_!	_				
6-   <u> </u>	 		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			_	_ ,			
24 - Especificação do Materia		<u> </u>				— <b>!——!</b>				
24 Especificação do Materia										
25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3	3371-2500 / Emitido em 25/0	04/2023 / Empresa / Titular: I	DIFRIPAR LOGISTICA E DISTRIBUICAO	LTDA						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização					