

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95118455

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número d	a Guia Atrib	buído pela Opera	adora				Ţ				
343269							9511	8455				
4 - Data da Autorização 14/05/2024	- 11	Senha	95118455	6 - Data de Val		Senha 07/2024						
Dados do Beneficiário	14.43		95110455		21/	0112024						
7 - Número da Carteira			8 - Va	llidade da Carteira	a	9 -	Atendimento	de RN				
8650004308489003			İ			II	N					
50 - Nome Social												
10 - Nome												
VALERIA CRISTINA)8										
Dados do Contratado S 12 - Código na Operadora		1	13 - Nome do C	Contratado								
08.271.755/0001-32				ARAUCARIA	DE LON	IDRINA L	TDA					
14 - Nome do Profissiona	I Solicitante	[15 - Conse	elho Profissi	onal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
RODRIGO SERIKA	WA DE ME	DEIROS			06		26535		41	225270		
Dados do Hospital / Loc	cal Solicitado	/ Dados c	da Internação									
19 - Código na Operadora		11		al / Local Solicitad LUCARIA DE I		INIA I TO						ara Internação
08.271.755/0001-32										<u> </u>	2024 00:0	
22 - Caráter do Atendiment 1	23 - Tipo	de Internaç C	cao 24 - Regin	ne de Internação 1	25 - Q	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OP	ME 27 - I	Previsao de i	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MENISO	CO ATUAL											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) \$832 \$832			(opcional)	opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionac			oença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitado			dos									
34 - Tabela 35 - Códii 1 - 22 3073304 2 - 22 3073304 3 - 18 6000055 4 - 18 6002415 5 -	go do Procedii 65 49 54		36 - Descrição REPARO O OSTEOCON DIARIA DE ALUGUELT	U SUTURA DE IDROPLASTIA APARTAMEN AXA DE APAR	A - ESTA ITO SIM RELHO	ABILIZAC PLES EQUIPA	AO, RESS	ARA A	O VIDEOARTRO O E/OU PLASTI ARTROSCOPIA I	PAR 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
Dados da autorização	migaão bassits	olor 140	Otdo Diários Arr	torizodos 144	I Tipo de	Acomod-	ão outoria-					
39 - Data provável da Adı	nissao nospita	aıar 40 -	Qtde Diárias Au	torizadas 41		Acomodaç	ão autorizad	id				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 08.271.755/0001-32 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 44 - Código CN 6074502							44 - Código CNES 6074502					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 14/05/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED CO OPERATIVA CENTRAL 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 149 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha	05140455	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora						
343269		95118455		95118455	14/05/2024 14:45	95118						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social										
8650004308489003		29 - Nome Social	- NOTICE SOCIAL									
8 - Nome												
VALERIA CRISTINA DE	MATOS											
Dados do Profissional Solici												
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone				1	11 - E-mail							
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIROS											
Dados da cirurgia												
12 - Justificativa técnica PACIENTE APRESENTANI RUPTURA DO MENISCO A AUTORIZADO CONFORME	TUAL	DIREITO, DEMONSTRADA	S EM EXAMES FISICOS E DE IMAGEM. NECI	ESSITA DE TRATAMENTO	O CIRURGICO.							
OPME Solicitadas												
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solio de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autori						
1- 03112993			TURA KNEEPASS 747050100 - RZK	<u> </u> 1	_ ,	_ 1						
80356139021			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA									
2- 00499293 80356130052	CAI		AO OB F 2,9X5,5MM 892350000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1	_ _ _ ,	_ 1						
3- 00 100540902	ш		B: JUGGERSTITCH DISPOSITIVO DE REPA	.R I I 2		_ 2						
80044680474	300		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		<u> </u> - - - - - - - - - -							
4-				_								
5-	 	IIIIII				 						
6- _	_ _ _			_ _ _	_ _ _ , _	_						
						_ _						
24 - Especificação do Material												
25 01 7 11 117 11												
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	371-2500 / Emitido em 14/	05/2024 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Ti	tular: CENTRAL NACIONA	AL UNIMED COOPERATIVA CEN	ITRAL						
(,			·									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	oficeional Colicitanto		20 Appingture d	o Responsável pela Autorização							
20 - Dala da Sulicitação	Zi - Assinatura do Pro	JIISSIUHAI SUHUKANLE		20 - Assinatura d	o Nesponsavei pela Autonzação							