

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94515193

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS | 3 - Númer | o da Guia Atri | buído pela Opera | adora | | | | | | | |
|--|---------------|-----------------|--------------------|-------------------------------|--------------------|------------------------|----------|-----------------------------------|-----------|---------------------------|----------------------------------|
| 343269 | , italiioi | o da Gala 7 tin | buido pola Opora | adora | | 9451 | 5193 | | | | |
| 4 - Data da Autorização | - 11 | 5 - Senha | | 6 - Data de Valid | lade da Senha | | | | | | |
| 22/03/2024 | 19:59 | | 94515193 | | 21/05/2024 | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | 1/ | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira 0050000003963309 | | | † † | ilidade da Carteira 6/2024 | 9 | - Atendimento N | de RN | | | | |
| | | | 29/00 | 0/2024 | | IN . | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome | | | | | | | | | | | |
| LUZINETE PEREIRA | RAFA | EL | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora | | | 13 - Nome do C | | | | | | | | |
| 08.271.755/0001-32 | | | HOSPITAL A | ARAUCARIA D | | | | | | 1. | |
| 14 - Nome do Profissional RODRIGO SERIKAV | | | . | | 15 - Cor 06 | selho Profissio | onal | 16 - Número do Co 26535 | nselho | 17 - UF 41 | 18 - Código CBO 225270 |
| Dados do Hospital / Loc | | | | | | | | 20333 | |][41 | 223210 |
| 19 - Código na Operadora | | | - | al / Local Solicitado |) | | | | 21 - Data | a sugerida p | ara Internação |
| 08.271.755/0001-32 | | НС | SPITAL ARA | UCARIA DE L | ONDRINA LT | DA . | | | 1 | 2024 00:0 | 1 |
| 22 - Caráter do Atendimento | 23 - T | ipo de Interna | ção 24 - Regim | ne de Internação | 25 - Qtde. Diária | s Solicitadas | 26 - Pre | evisão de uso de OPI | ИЕ 27 - F | Previsão de | uso de Quimioterápico |
| 1 | | С | | 1 | 1 | | | S | | | N |
| 28 - Indicação Clínica TRAUM DO TENDAO D | O MANIC | NUTO DOTA | DOD DO OMBI | 20 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opci | onal) | 30 - CID 10(2 |) (opcional) | 31 - CID 10(3) (opc | ional) 32 - CII | 10(4) (opcior | nal) | 33 - Indicação de A | • | cidente ou c | doença relacionada) |
| Procedimentos ou Itens | Assisten | ciais Solicita | dos | | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Códig | | edimento | 36 - Descrição | | SEDIMENTO V | DEGARTS | 0000 | NOO DE OMDE | | - Qtde. Soli | |
| 1- 22 3073503 2- 22 3073506 | | | | | | | | PICO DE OMBR IDEOARTROSC | | | 1 |
| 3- 22 3073508 | | | | | | | | O VIDEOARTRO | | | 1 |
| 4- 22 3073509 | 2 | | TENOTOMIA | A DA PORCAO | LONGA DO B | CEPS - PR | OCEDII | MENTO VIDEO | RT 1 | | 1 |
| 5- 18 6000080 | | | | | | | | EIRO PRIVATIV | | | 1 |
| 6- 18 6002415 | 1 | 1 1 1 | ALUGUELT | AXA DE APARI | ELHO / EQUIP | AMENTO P | ARA AI | RTROSCOPIA F | PAR 1 | | 1 |
| | -111- _ | | | | | | | | - | -!!! _ | _ |
| 9- | -,,,- - _ | | | | | | | | | _ | |
| 10- | - - | _ _ _ | | | | | | | _ | _ | |
| | - | _ _ _ | | | | | | | _ | _ | |
| 12- _ | - - | | | | | | | | _ | _ | |
| Dados da autorização 39 - Data provável da Adm | iccão bos | pitolor 40 | Qtde Diárias Aut | torizadas 141 | - Tipo de Acomod | oão autorizad | | | | | |
| 39 - Data provaver da Adri | 115540 1105 | spitalal 40 - | 1 | 1 | - Tipo de Acomod | içao autorizad | a | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 83 - Nome do Hospital / Local Autorizado 844 - Código CNES 808.271.755/0001-32 845 - Nome do Hospital / Local Autorizado 8674502 | | | | | | | | | | | |
| 45 - Observação / Justificativa | | | | | | | | | | | |
| Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 22/03/2024 / Empresa / Titular: LUZINETE PEREIRA RAFAEL | | | | | | | | | | | |
| 46 - Data da Solicitação | | 47 - Assina | atura do Profissio | nal Solicitante | 48 - Assinatura do | Beneficiário o | u Respo | nsável 49 - Ass | natura 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 | 3 - Número da Guia Referen | ciada | 4 - Senha | | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora |
|---|-------------------------------|---------------------------------------|--|--|------------------------------|--|
| 343269 | | 94515193 | | 94515193 | 22/03/2024 19:59 | 94515193 |
| Dados do Beneficiário | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | |
| 0050000003963309 | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | |
| LUZINETE PEREIRA R | AFAEL | | | | | |
| Dados do Profissional Solic | itante | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solici | tante | | 10 - Telefone | 1 | 1 - E-mail | |
| RODRIGO SERIKAWA | DE MEDEIROS | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica | | | | | | |
| TRAUM DO TENDAO DO N | | | de imagem. Necessita de tratamento cirurgico | | | |
| | | · • | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | <u> </u> | | 10.0 7 17 0:1 | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate | | Descrição 22 - Referência do mater | rial no fabricante | 16 - Opçao 17 - Qtd 23 - Nº Autorização | | itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado |
| 1- 00 00499293 | | | O OB F 2,9X5,5MM 892350000 | 2 | | _ 2 _ , |
| 80356130052 | | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | |
| 2- 00 71876561 | ANO | CORA COM SUTURA E AF | PLICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 - | 2 | | _ 2 _ , |
| 80083650063 | | ARTHROM COMERC | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | |
| 3- 00 00116700 | CAN | NETA ABLACAO RF STRI | PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 | 1 | , | _ 1 _ _ , |
| 80743230025 | | ARTHROM COMERC | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | _ _ _ | |
| 4- 00 00241202 | TRO | CATER ARTROSCOPICO | 0 8,25X90MM PARTRO009 | 1 | , | _ 1 |
| 80371250020 | | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ | | |
| 5- 00 00596221 | GUI | | SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M | 1 | , , | _ 1 |
| 80743230002 | | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | |
| 6- 00 76221229 | ANO | | SERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR | 1 | | _ 1 |
| 10247700123 | | ARTHROM COMERC | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | |
| 24 - Especificação do Materia | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 25 21 7 / 1 17 11 | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3 | | 03/2024 / Empresa / Titular | LUZINETE PEREIRA RAFAEL | | | |
| Tololollo Collitatado. (10)0 | 2011 2000 / Emiliado Giri 22/ | oorzoz i r zmproda r maiar. | EGEINETE TEREMOTIVATALE | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pro | ofissional Solicitante | | 28 - Assinatura d | Responsável pela Autorização | |
| | II . | | | 11 | | |