

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93836706

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	- Número da C	Guia Atribuído	pela Opera	dora			938367	706				
4 - Data da Autorização 23/01/2024 1	5 - Se		8836706	6 - Data de Vali		enha 3/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira	a	9 -	Atendimento de	e RN				
0050000001070595			26/04	1/2024			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome												
CLEUSA MILHOSSI N	/ILANI											
Dados do Contratado Sol	citante											
12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32		- 11	Nome do C SPITAL <i>A</i>	ontratado ARAUCARIA I	DE LONE	ORINA L	.TDA					
14 - Nome do Profissional S	olicitante					15 - Conse	elho Profissiona	al 1	16 - Número do	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
CIRO VERONESE DO	S SANTOS	s			0	06 23858				41	225270	
Dados do Hospital / Local	Solicitado / I	Dados da Int	ernação									
19 - Código na Operadora /	CNPJ	20 - Nome	e do Hospita	al / Local Solicitad	do					21 - Data	a sugerida p	ara Internação
08.271.755/0001-32	11			UCARIA DE L						Ш.—	2024 00:0	
22 - Caráter do Atendimento 1	11	e Internação C	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtd	le. Diárias	Solicitadas 2	6 - Prev	isão de uso de O	PME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica		<u> </u>										
29 - CID 10 Principal (opcio	nal) 30 - C	CID 10(2) (opci	onal) 3	1 - CID 10(3) (op:	cional)	32 - CID ·	10(4) (opcional)) 3	3 - Indicação de	Acidente (a	cidente ou c	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens A	anistanciais !	Solicitodos									9	
	do Procedime		Descrição							37	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30726239			-	MENTOS DO A	PARELH	O EXTE	NSOR - TRA	ATAMI	ENTO CIRUR		Qtue. Ooi	1
2- 22 30726034		AR	TROPLA	STIA TOTAL D	DE JOELI	но сом	I IMPLANTE	S - TR	RATAMENTO	CIR 1		1
3- 18 60000805		DIA	ARIA DE	QUARTO COL	LETIVO D	E 2 LEI	TOS COM B	ANHE	IRO PRIVATI	VO 3		3
4-										_	_	_ _ _
5- _										_	_ _	_
6- _										L	_ _	_ _ _
7-										_	_ _	_ _ _
8-										_	_	
9-										_	_	
10-		<u> </u>								_	_	
11-										l_	_	
12-	_	<u> </u>								L	_ _	<u> _ _ _ </u>
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admis	ssão hospitala	40 - Qtde	Diárias Aut 3	orizadas 41	- Tipo de A	Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora	CNPJ autoriz	11	Nome do H	ospital / Local Aut								44 - Código CNES
08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 6074502 45 - Observação / Justificativa												
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 23/01/2024 / Empresa / Titular: VICENTE CAETANO MILANI												
46 - Data da Solicitação	47	- Assinatura d	lo Profission	nal Solicitante	48 - Assina	atura do B	eneficiário ou F	Respons	sável 49 - As	ssinatura do	Responsáv	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 93836706	4 - Senha	93836706	5 - Data da Autorização 23/01/2024 15:54	6 - Número da Guia atrib	uído pela Operadora 93836706				
		93030700		93030700	23/01/2024 13.34		93030700				
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000001070595											
8 - Nome CLEUSA MILHOSSI MI	_ANI										
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11 - E-mail							
CIRO VERONESE DOS	SANTOS										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesõ M190 Artrose	es em joelho esquerdo cor	n artrose e necessita de trat:	amento cirurgico para colocação de prótese total de	joelho							
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento							
1- 72397950 10243070064			TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	<u> 2 </u>	_ _ _ ,	_ 2	_,				
2- 00 74003399	00 74003399 COMPONENTE FEMORAL SEM REST			_ _ _ 1		_ 1	_ _ , _				
ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA PLATO TIBIAL DE POLIETILENO ZIMMER - 42-5110-004-11 - COMP. PLA				_ _ _ 		1					
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ <u> </u>		_l '					
4- 74931105	BAS		2-5320-067-02 BASE TIBIAL CIMENTADA PE		1	,					
80044680301		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _		_,	1-1-1-1-1/1-1-1				
5- 74932047	BAS	SE TIBIAL METALICA - 42	2-5570-001-14 COMPONENTE HASTE TIBIAL	_ _ _ ,	_ 1	,					
80044680301		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
6-	_ _ _ _ _ _ _ _ _					_	,				
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	371-2500 / Emitido em 23/	01/2024 / Empresa / Titular:	VICENTE CAETANO MILANI								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura c	o Responsável pela Autorização						