

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92683014

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núme	ero da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora		926	83014				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid	dade da Senh						
28/09/2023 09:42		o comia	l t		27/11/	ı					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira	ı	9 - Atendimen					
0050000002438529)		21/1	0/2025		<u> </u>	1				
50 - Nome Social											
10 - Nome SILVIA LEITIS											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado 08.271.755/0001-32			13 - Nome do C	contratado ARAUCARIA I	DE LONDR	INA LTDA					
14 - Nome do Profission			IRO		11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 0 28617			onselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo											
19 - Código na Operado			•	al / Local Solicitad	lo				21 - Dat	a sugerida p	ara Internação
08.271.755/0001-32		- 11		UCARIA DE L		LTDA					•
22 - Caráter do Atendimer 1	nto 23 -	Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde.	Diárias Solicitadas 1	26 - Pi	revisão de uso de OP	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica							'				
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32	- CID 10(4) (opci	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	acidente ou c	loenca relacionada)
					, i	.,	,	•		9	, ,
Procedimentos ou Iten											
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307330		ocedimento			UM MENIS	CO - PROCEC	IMENT	O VIDEOARTRO		r - Qtde. Sol	c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 307330								O E/OU PLASTI			1
з- 18 600003	84		DIARIA DE	ACOMPANHAN	NTE COM F	EFEICAO CO	MPLET	Α	1		1
4- 18 600008	805		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE	2 LEITOS COI	M BANH	IEIRO PRIVATIV	0 1		1
5- 18 60024 1	51		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQ	UIPAMENTO I	PARA A	ARTROSCOPIA F	PAR 1		1
6- _	_	<u> </u>								_	
7- _		.								_	
8- . 9- .	 	. 							- 	 	
10-	II I I								- 		
11-									i		
12-		 .							i_		 _
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ad	lmissão h	ospitalar 40	- Qtde Diárias Aut	11	- Tipo de Aco	modação autoriza	ada				
40.07.	10:		1	1							44 0/ " 5::=5
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado43 - Nome do Hospital / Local Autorizado44 - Código CNES08.271.755/0001-32HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA6074502										=	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 28/09/2023 / Empresa / Titular: SILVIA LEITIS											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatu	a do Beneficiário	ou Resp	onsável 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização



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

Unimed A

	úmero da Guia Referenc		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuí	· ·
343269		92683014		92683014	28/09/2023 09:42		92683014
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000002438529							
8 - Nome							
SILVIA LEITIS							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	11	1 - E-mail		
JOAO PAULO FERNANDES	S GUERREIRO						
Dados da cirurgia				I			
12 - Justificativa técnica							
JOELHO DIREITO							
JOELHO DIREITO							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Materi	al 15 - [Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90				_		_ 1	,
80743230025			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD			1 4	
2- 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORMEI				1		_ 1	,
80777280006		ARTHROW COWERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	* _ _ _ _			
3- _ _ _ _ _ _ _ _ _	! 			-	_	_	,
	-					_	
	!!!! !			-		_	,
	-llll 					 _	,
	 				_	-l	
		IIIIII				 	,
	!!! 				_,		1
24 - Especificação do Material							
2. Zopodinougud ud matema.							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3371-2	2500 / Emitido em 28/0	09/2023 / Empresa / Titular: S	SILVIA LEITIS				
	1.			1,			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		