

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92363266

(Via HOSPITAL)

## 1-Date of Survivation 1 -	1 - Registro ANS 343269	3 - Núm	ero da Guia Atr	buído pela Opera	adora		023	63266				
28-006/2023 192-00 9263-0266 820-0050-005000050 910200 910			E Conho		6 Data da Valid	dada da Canha	7	03200				
3 - Alexandriane de Cateries 3 - Alexandriane	1 11		5 - Senna	† †			3					
10 - Name Social	Dados do Beneficiário											
10 - Norma 10	t			11		ı						
To - Norma VALDELI COELHO SAMBATO Dados do Contributos Solicitante To - Norma de Contributos Solicitante To - Codigo no Contributos Solicitante To - Norma de Contributos To - Norma de	005000005916020	1		31/0	1/2024		N	l				
Dados do Contratado Solicitarios	50 - Nome Social											
13 - Colifo 10 Principal (epidoreal) 30 - CID 10/21 (epidoral) 31 - CID 10/31 (epidoral) 32 - CID 10/41 (epidoral) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doemça relacionado) 22 - 30733045 37 - 306 - 301 - 30	10 - Nome VALDELI COELHO	SAMB.	АТО									
14 - Norme do Professional Solicitante 15 - Normetho Solicitante 15	Dados do Contratado Solicitante											
Dados do Haspital / Local Solicitado / Dados de Internação 21 - Data sugerida para Internação 22 - Columbra (April 2004) 23 - Note do Hospital / Local Solicitado 23 - Oste do Alexadimento 23 - Tipo de terração 24 - Repart de Internação 25 - Quie Didino Solicitado 26 - Previsão de uso de Chimitado 26 - Previsão de uso de Chimitado 27 - Previsão de uso de Chimitado 28 - Previsão de uso de Chimitado 28 - Previsão 27 - Previsão de uso de Chimitado 28 - Previsão 28 - Prev	· ·			t		DE LONDRIN	A LTDA					
23 - Contract of Automatoria 23 - Top de Internação 25/09/2023 00:00 25/09/2023						† i	nselho Profiss	ional		onselho	ii i	"
23 - Contract of Automatoria 23 - Top de Internação 25/09/2023 00:00 25/09/2023	Dados do Hospital / L	ocal Solic	itado / Dados	da Internação								
22 - Culfater Go. Alendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Otdos Ditárias Solicitadas 26 - Previsão de uso do OPME 27 - Previsão de uso de Culmicretápico 1 1 1 1 1 1 1 1 1				,	al / Local Solicitad	lo				21 - Data	a sugerida p	para Internação
1								,		<u> </u>		
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição S0 - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 22 23 30733045 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 3.18 600024151 OSTECCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 1 1 4.18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 5. L.	t	nto 23 ·	•	ção 24 - Regim	-	11		26 - Pr		ME 27 -	Previsão de	•
29 - CID 10 Principal (opdional) 30 - CID 10(2) (opdional) 31 - CID 10(3) (opdional) 32 - CID 10(4) (opdional) 33 - Indicação de Addente (acidente ou doença relacionada) 9	28 - Indicação Clínica			<u>'</u>				-				
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 36 - Descrição 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Otde. Aut. 1 - 22 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 2 - 22 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZAÇÃO, RESSEÇÇÃO E/OU PLASTIA # 1 3 - 18 6000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 4 - 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 5 -	29 - CID 10 FIIICIPAI (0	polorial)	30 - CID 10(2	(opcional)	51 - CID 10(3) (OPC	Siorial) 32 - 0	1D 10(4) (OPCIC	orial)	33 - Indicação de A	cidente (a		doença relacionada)
1 22 30733045 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 1 2 2 2 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
6	1- 2230733065REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC112- 2230733049OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #113- 1860000805DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO11											
39 - Data provável da Admissão hospitalar 1	6-									_		
39 - Data provável da Admissão hospitalar 1	Dados da autorização											
08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 6074502 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 29/08/2023 / Empresa / Titular: RICOLOG TRANSBORDO E MULTIMODAL S/A			ospitalar 40		11	- Tipo de Acomo	dação autoriza	da				
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 29/08/2023 / Empresa / Titular: RICOLOG TRANSBORDO E MULTIMODAL S/A			l autorizado	i			A LTDA					_
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



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

Unimed #

	Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	· II						
343269	92363266		92363266	29/08/2023 12:08		92363266				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social									
0050000059160201										
8 - Nome										
VALDELI COELHO SAMBA	ATO									
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail										
CIRO VERONESE DOS SA	ANTOS									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica										
Paciente apresentando lesões e S832 Reparo ou Sutura de mer	em joelho direito, demonstradas em exame físico e	de imagem. Necessita de tratamento cirurgico								
COOL Repaire ou Guidia de mei	1300									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do Mate 21 - Registro ANVISA do Material	rial 15 - Descrição 22 - Referência do mate	rial no fahricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado				
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET		I I 1		1	,				
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		-ı ·					
2- 00 100540910		:: JUGGERSTITCH DISPOSITIVO DE REPAR	2		_ 2	_ _ ,				
80044680474		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	- -			1				
3-					_	_ ,				
4- _	_ _ _			_	_	,				
				_	_ _					
5- _				_	_	_ ,				
				_	_ _					
6-	_ _ _			_	_	_,				
				_						
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 29/08/2023 / Empresa / Titular: RICOLOG TRANSBORDO E MULTIMODAL S/A										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização						