

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95353946

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 - I  | Número da Guia A   | Atribuído pela  | Operadora  |   |  |   |  |   |  |  |
|---|--------------------|---|--|---|--|---|--|---|--|--|
| 343269  |                    |   |  |   | 9535   | 3946  |  |   |  |  |
| 4 - Data da Autorização<br>05/06/2024 07:   | 5 - Senha          | 95353   | 11   | Validade da Senh<br>10/08/2                 | ł  |   |  |   |  |  |
| Dados do Beneficiário   |                    |   |  |   |  |   |  |   |  |  |
| 7 - Número da Carteira  |                    |   | 8 - Validade da Cart   | eira  | 9 - Atendimento                              | de RN   |  |   |  |  |
| 9750000017130746  |                    |   |  |   | N  |   |  |   |  |  |
| 50 - Nome Social  |                    |   |  |   |  |   |  |   |  |  |
| 10 - Nome SERGIO LUIZ BASSETTO  |                    |   |  |   |  |   |  |   |  |  |
| Dados do Contratado Solicitante   |                    |   |  |   |  |   |  |   |  |  |
| 1 ' '   |                    |   | 13 - Nome do Contratado  |   |  |   |  |   |  |  |
| 08.271.755/0001-32  |                    | HOSPIT  | OSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA                             |   |  |   |  |   |  |  |
| 14 - Nome do Profissional Sol<br>CIRO VERONESE DOS  |                    |   |  |   | 15 - Conselho Profissional 16 - Número 23858 |   | o do Conselho  | Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270 |  |  |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação  |                    |   |  |   |  |   |  |   |  |  |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ   20 - Nome do Hospital / Local Solicitado   21 - Data sugerida para Ir   08.271.755/0001-32   HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA   06/06/2024 00:00   |                    |   |  |   |  |   |  | -                                       |  |  |
| 22 - Caráter do Atendimento   | 23 - Tipo de Inter | nação 24 -  | Regime de Internação   | 25 - Qtde.                                  | Diárias Solicitadas                          | 26 - Previsão de uso  | de OPME 27 -   |   | so de Quimioterápico                           |  |
| 28 - Indicação Clínica  |                    |   | -  |   |  |   |  |   |  |  |
|   |                    |   |  |   |  |   |  |   |  |  |
| 29 - CID 10 Principal (opcional)   30 - CID 10(2)   |                    | 0(2) (opcional)   | ocional) 31 - CID 10(3) (opcional)                             |   | - CID 10(4) (opcior                          | nal) 33 - Indicaçã  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  9 |   | pença relacionada)                             |  |
| Procedimentos ou Itens As   | sistenciais Solici | itados  |  |   |  |   |  |   |  |  |
| 1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 18 60000805 4- 18 60024151 5-  | Procedimento       | OSTEO<br>DIARIA<br>ALUGU  | RO OU SUTURA<br>DCONDROPLAST<br>A DE QUARTO C<br>JELTAXA DE AP | TIA - ESTABIL<br>COLETIVO DE<br>ARELHO / EQ | IZACAO, RESS<br>2 LEITOS COM<br>UIPAMENTO PA | MENTO VIDEOAI<br>ECCAO E/OU PL<br>BANHEIRO PRIV<br>ARA ARTROSCO | RTROSC 1 ASTIA # 1 /ATIVO 1 PPIA PAR 1                         |   | . 38 - Qtde. Aut.<br>1<br>1<br>1<br>1<br>1<br> |  |
| Dados da autorização  | ão boonitalor 1    | O Otdo Diório   | as Autorizadas   | 44 Tipe de Ase                              | madaaãa autorizad                            |   |  |   |  |  |
| 39 - Data provável da Admiss  | ao nospitalar    4 | o - Qtae Diaria   | as Autorizadas<br><b>1</b>                                     | 41 - Tipo de Acc                            | modação autorizad                            | а   |  |   |  |  |
| 42 - Código na Operadora / C<br>08.271.755/0001-32  | 11                 | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado  HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA  44 - Código CNES 6074502 |  |   |  |   |  |   |  |  |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 05/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN A  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização |                    |   |  |   |  |   |  |   |  |  |



2 - Nº Guia no Prestador

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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 95353946 95353946 05/06/2024 07:37 95353946 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 9750000017130746 8 - Nome **SERGIO LUIZ BASSETTO** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **CIRO VERONESE DOS SANTOS** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica PACIENTE APRESENTANDO LESOES EM JOELHO ESQUERDO, DEMONSTRADAS EM EXAMES FISICOS E DE IMAGEM. NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO. RUPTURA DO MENISCO ATUAL AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 00499293 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2.9X5.5MM 892350000 80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 100540902 JUGGERSTITCH - 110024773: JUGGERSTITCH DISPOSITIVO DE REPAR 2- 00 80044680474 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 05/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização