

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91828204

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Gui 343269	a Atribuído pela Opera	adora		91828204							
4 - Data da Autorização 11/07/2023 12:26	91828204	6 - Data de Valida	de da Senha 10/09/2023								
Dados do Beneficiário		11									
7 - Número da Carteira	8 - Va	alidade da Carteira	9	Atendimento de RN							
9750000017128580	31/0	1/2023		N							
50 - Nome Social											
10 - Nome PEDRO HENRIQUE RIBEIRO BAS	SETTO										
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora	13 - Nome do C	Contratado									
08.271.755/0001-32	HOSPITAL A	ARAUCARIA DE	E LONDRINA L	.TDA							
14 - Nome do Profissional Solicitante			15 - Conse	elho Profissional	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO			
CIRO VERONESE DOS SANTOS			∥ 06	06 23858			41	225270			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Da	dos da Internação										
19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospit	al / Local Solicitado				21 - Data	sugerida n	ara Internação			
08.271.755/0001-32	HOSPITAL ARA		NDRINA LTD	Δ		1	:023 00:0	-			
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de In	ternação 24 - Regin	ne de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26 - Pr		ME 27 - F	revisão de i	uso de Quimioterápico			
1 C		1	1		S			N			
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID	10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcio	nal) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	,	cidente ou d	loença relacionada)			
Procedimentos ou Itens Assistenciais So	licitados										
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento	36 - Descrição					37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.			
1- 22 30726190	LESOES LIC	GAMENTARES P	PERIFERICAS (CRONICAS - TR	ATAMENTO CIR	UR 1		1			
2- 22 30733065	REPARO O	U SUTURA DE U	M MENISCO -	PROCEDIMENT	O VIDEOARTRO	SC 1		1			
3- 22 30733049	OSTEOCON	IDROPLASTIA -	ESTABILIZAC.	AO, RESSECCA	O E/OU PLASTI	A# 1		1			
4- 22 30733073	RECONSTR	UCAO, RETENC	IONAMENTO (OU REFORCO D	O LIGAMENTO	CR 1		1			
5- 22 30731216	TRANSPOS	ICAO DE MAIS I	DE 1 TENDAO	- TRATAMENTO	CIRURGICO	1		1			
6- 18 60000805	DIARIA DE	QUARTO COLE	TIVO DE 2 LEI	TOS COM BANH	IEIRO PRIVATIV	0 1		1			
7- 18 60024151	ALUGUELT	AXA DE APARE	LHO / EQUIPA	MENTO PARA A	ARTROSCOPIA I	PAR 1		1			
8-							_				
9-						_	_				
10-						_	_				
11-1							_				
12-							_				
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Aut	torizadas 41 - 1	Гіро de Acomodaç	ão autorizada							
42 Cádigo no Operadoro / CND l outrito-d	<u></u>		izado					44 Código CNES			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 08.271.755/0001-32 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 11/07/2023 /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											





ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Refere	 	enha	04000004	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		91828204		91828204	11/07/2023 12:26	91828204		
Dados do Beneficiário		Too. No. 10 Octob						
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
9750000017128580								
8 - Nome								
PEDRO HENRIQUE RII								
Dados do Profissional Solic				1				
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	1 - E-mail			
CIRO VERONESE DOS	SANTOS							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesí S835 Reconstrução Ligame AUTORIZADO CONFORM	entar	emonstradas em exame físico e de i	imagem. Necessita de tratamento cirurgico					
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do I	Material 15	- Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do material no fa		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 00590045	LA	MINA PARA SHAVER SETORME		1		_ 1 ,		
		E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. _ _ _ _					
2- 00 00597007 PARAFUSO INTERFERENCIA REAB				_ _ _ ,	_ 3 _ _ , _			
80044680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLAN 3- 00 72320893 DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGAMENTO								
		E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 -		_ 1			
4- 00 78898676	DIS		MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D			_ 2 _ _ , _		
80044680449	D.		E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>	<u> </u>	_ -		
5-	11111					_		
	,,,,, 							
6-					_			
	_ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _		
24 - Especificação do Materia								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 11/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do P	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			