

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93691836

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Númer	o da Guia Atri	buído pela Opera	adora			0360	1026				
	11,	F Canha		I 6 Data da Vali	idada da Car	nho I	9369	1030				
4 - Data da Autorização 10/01/2024	11	5 - Senha	93691836	6 - Data de Vali		nna 8/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			11	llidade da Carteira	а	9 -	Atendimento	de RN				
0050000049809019			21/1	1/2025			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome JONATHAN AUGUS	10 - Nome JONATHAN AUGUSTO ANICETO DA SILVA											
Dados do Contratado Solicitante												
08.271.755/0001-32	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA											
14 - Nome do Profissional CIRO VERONESE D					- 11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 23858			16 - Número do C 23858	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Loc	al Solicita	ado / Dados o	da Internação									
19 - Código na Operadora			-	al / Local Solicitad	do					21 - Dat	a sugerida p	ara Internação
08.271.755/0001-32				UCARIA DE L	LONDRIN	A LTD	A				2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - T	ipo de Internaç C	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde	e. Diárias : 1	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OP S	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica												
		00 010 40 (0)					10(4)	. B. 1	00 1 1 7 1			
29 - CID 10 Principal (opci	onai) .	30 - CID 10(2)	(opcional)	31 - CID 10(3) (opo	icional)	32 - CID	10(4) (opcion	iai)	33 - Indicação de A	icidente (a	9	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens												
34 - Tabela 35 - Códig 1- 22 3073304 2- 22 3071002 3- 18 6000080 4- 18 6002415	9 2 5	edimento	OSTEOCON RETIRADA DIARIA DE	IDROPLASTIA DE FIOS, PINO QUARTO COL	OS, PARAI LETIVO DI	FUSOS E 2 LEI	OU HAST	ES ME BANH	O E/OU PLASTI ETALICAS INTR IEIRO PRIVATIV RTROSCOPIA I	A # 1 A-O 1 O 1	' - Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
5-										_		
										I_		III
Dados da autorização 39 - Data provável da Adm	issão hos	pitalar 40 -	Qtde Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de Ad	comodaç	ão autorizada	a				
			1	12								
42 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32	/ CNPJ a	utorizado		lospital / Local Aut ARAUCARIA I		RINA L	TDA					44 - Código CNES 6074502
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 10/01/2024 / Empresa / Titular: JONATHAN AUGUSTO ANICETO DA SILVA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



Unimed A

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

· 11	- Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269	93691836		93691836	10/01/2024 11:29	93691836				
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social								
0050000049809019									
8 - Nome	ANICETO DA SILVA								
JONATHAN AUGUSTO ANICETO DA SILVA									
Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail									
CIRO VERONESE DOS									
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesõe S832 Reparo ou Sutura de m	s em joelho direito, demonstradas em exame físico e enisco	de imagem. Necessita de tratamento cirurgio	co						
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do Ma 21 - Registro ANVISA do Materi		orial no fabricanto	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização		citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado				
1- 00 00499293		AO OB F 2,9X5,5MM 892350000			_ 1				
80356130052	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	A _ _						
2- _	_ _ _		_ _ -	_					
				_ _ _ _					
3-	<u> </u>		-	_					
4-									
				_					
5- _	_ _		_ _ _	_	_				
		_ _ _		_ _ _ _	_ _				
6-				_					
					_ _				
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 10/01/2024 / Empresa / Titular: JONATHAN AUGUSTO ANICETO DA SILVA									
(1-)									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					