

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93590476

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 93590476 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 26/12/2023 11:21 93590476 24/02/2024 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 9750000018280709 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **LUIZ CARLOS CASTOLDI** Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32 **HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA** 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 23858 **CIRO VERONESE DOS SANTOS** 06 41 225270 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 29/01/2024 00:00 22 - Caráter do Atendimento 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação 26 - Previsão de uso de OPME C 1 s Ν 1 28 - Indicação Clínica S832 Reparo ou Sutura de menisco 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) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 2- **22** 30733022 SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROS 3- **22** 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 4- 18 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 5- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 6- |__|_| 8- |__|_| 9- |__|_| 11-12-I I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 08.271.755/0001-32 **HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA** 6074502 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 26/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARAN

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuío		
343269		93590476		93590476	26/12/2023 11:21		93590476	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social								
9750000018280709								
8 - Nome								
LUIZ CARLOS CASTO								
Dados do Profissional Solicitante								
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	- E-mail			
CIRO VERONESE DOS	SANTOS							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesões em joelho esquerdo, demonstradas em exame físico e de imagem. Necessita de tratamento cirrugico S832 Reparo ou Sutura de menisco 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 23 - № Autorização de Funcionamento			
21 - Registro ANVISA do Material1- 00499293		22 - Referência do material no fabricante CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000		23 - N° Autorização I I 1 1	de Funcionamento	1		
80356130052		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				-1 '	,	
2- 78898676		DISPOSITIVO DE REPARAÇÃO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D				_ 1	_ _ ,	
80044680449		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLIDA			: - : : : : :	-l '	I	
3-1 1 1 1 1 1 1		ARTHROM COMERC	NO DE IIIII EXITECTOR EDIGOCETOR			_	_ _ ,	
	_ _ _			-	_,	-ı ı—ı—ı—ı 	1-1-1-171-1-1	
4-						 _		
5-				_ _ _ _	_	_	,	
	_ _ _		 		_	_ _		
6-	_ _ _			_	_	_	,	
	_ _ _			_ _ _ _	_			
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa								
		12/2023 /AUTORIZADO CON	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Ti	ular: UNIMED DO ESTAE	O DO PARANA			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			