

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93174963

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro A | NS 3- | Número | da Guia Atrib | ouído pela Op | eradora | | | | \neg | | | | |
|---|----------------------|-----------|---------------|--|------------------------------|------------|---------------|------------------|--------------|---------------|------------|----------------|-----------------------|
| 3432 | - 11 | | | | | | | 931749 | 63 | | | | |
| 4 - Data da Au | • | 11 | - Senha | | 6 - Data de Val | | | | | | | | |
| 14/11/2023 11:48 93174963 Dados do Beneficiário 02/02/2024 | | | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da | | | | 18- | Validade da Carteira | ·a | 19-4 | Atendimento de | RN | | | | |
| 865000396 | | | | | validade da Gartelli | u | | N | I | | | | |
| 50 - Nome So | cial | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome | | | | | | | | | | | | | |
| JOAO GUS | STAVO ALV | ES OL | IVEIRA | | | | | | | | | | |
| | ontratado Soli | citante | | 40. No | October 1 | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA | | | | | | | | | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO | | | | | | | | | | | | | |
| RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS | | | | | | | 06 26535 | | | | 311001110 | 41 | 225270 |
| Dados do Ho | ospital / Local | Solicitad | lo / Dados d | a Internação |) | | | | | | | | |
| 19 - Código na | a Operadora / | CNPJ | 20 - | Nome do Hos | spital / Local Solicita | ido | | | | | 21 - Data | a sugerida p | ara Internação |
| 08.271.755/0001-32 HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 27/11/2023 00:00 | | | | | | | | | | | | 00 | |
| 22 - Caráter do | | 23 - Tip | o de Internaç | ão 24 - Re | gime de Internação | 25 - Qt | de. Diárias S | Solicitadas 26 | 6 - Previsão | | ME 27 - I | Previsão de | uso de Quimioterápico |
| 28 - Indicação | 1 | | С | | 1 | | 1 | | | S | | | N |
| S835 Reconstrução Ligamentar | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 P | rincipal (opcior | ial) 30 |) - CID 10(2) | (opcional) | 31 - CID 10(3) (op | ocional) | 32 - CID 1 | 0(4) (opcional) | 33 - Ir | ndicação de A | cidente (a | cidente ou d | loença relacionada) |
| Procediment | os ou Itens A | ceistonei | aic Solicitae | los | | | | | | | | - | |
| 34 - Tabela | 35 - Código | | | 36 - Descriç | ão | | | | | | 37 | - Qtde. Sol | ic. 38 - Qtde. Aut. |
| 1- 22 | 30726190 | | | - | LIGAMENTARES | S PERIFE | ERICAS C | RONICAS - | TRATAN | MENTO CIR | | | 1 |
| 2- 22 | 30733049 | | | OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 1 1 | | | | | | | | | |
| 3- 22 | 30733073 | | | | TRUCAO, RETE | | | | | | | | 1 |
| 4- 22 | 30731216 | | | | OSICAO DE MAI | | | TRATAMEN | ITO CIRU | JRGICO | 1 | | 1 |
| 5- 18 6- 18 | 60000554 60024151 | | | | E APARTAMEN LTAXA DE APAI | | | MENTO PAR | A ARTR | OSCOPIA F | 1 PAR 1 | | 1 1 |
| 7- _ | _ _ _ | _ _ _ | | | | | | | | | L | _ _ | |
| 8- _ | | _ _ _ | | | | | | | | | | <u></u> , _ | |
| 9- _ | | _ _ _ | _ | | | | | | | | _ | _ _ | _ |
| 10- _ | _ | _ _ _ | _ | | | | | | | | <u> </u> _ | _ | |
| 11- | | _ _ _ | - | | | | | | | | _ | _ | |
| 12- | I—I—I—I | _ _ _ | -11 | | | | | | | | l_ | _ | <u> </u> |
| Dados da au | • | oão h | itolor 140 | Otdo Diá-i- | Autorizadas | 1 Tine de | Anoma-l- | ão outorias de 1 | 1 | | | | |
| os - Data prov | vável da Admis | ьао поѕр | naiai 40 - | Qtde Diárias . 1 | Autorizadas 43 | | Acomodaça | ão 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 14/11/2023 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 46 - Data da S | Solicitação | | 47 - Assina | tura do Profis | sional Solicitante | 48 - Assir | natura do Be | eneficiário ou R | esponsáve | 49 - Ass | inatura do | Responsáv | el 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 93174963 93174963 14/11/2023 11:48 93174963 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 8650003966210108 8 - Nome JOAO GUSTAVO ALVES OLIVEIRA Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesões em joelho esquerdo, demosntradas em exame físico e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico S835 Reconstrução Ligamentar **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 1- 00 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2.9X5.5MM 892350000 80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 72320893 DISPOSITIVO DE FIXAÇÃO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -2- 00 80044680067 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00597007 PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB 3- 00 80044680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 14/11/2023 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização