

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94313086

(Via HOSPITAL)

1- Date of Automotive Control   1- Date of Validation of Science   1- Date of Validation of Centrol of Validation of Centrol of Validation   1- Date of Validation of Centrol of Validation   1- Date of Validation of Centrol of Validation   1- Date of Va	1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela	Operadora							
Dados do Beneficializa   Servicio de Proposicio   Servicio   Servicio de Contrata   Servi	343269					9431	3086				
7- Notice   7- N	1	i i		i i							
10 - Norme   Scrool	Dados do Beneficiário										
10 - Norme   FABIO APARECIDO RODRIGUES											
To - Nome PABIO APARECIDO RODRIGUES  Dance do Contratado Solicitarie  13 - Norre do Contratado  ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA  14 - Nome do Professional Solicitarie  LUCAS DA FONSECA BORGHI  Dance do Heapiral Lucal Solicitarie  LUCAS DA FONSECA BORGHI  Dance do Heapiral Lucal Solicitarie  LUCAS DA FONSECA BORGHI  Dance do Heapiral Lucal Solicitarie  LUCAS DA FONSECA BORGHI  Dance do Heapiral Lucal Solicitarie  LUCAS DA FONSECA BORGHI  Dance do Heapiral Lucal Solicitarie  LUCAS DA FONSECA BORGHI  Dance do Heapiral Lucal Solicitarie  ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA  29 - 10 - 10 - 10 - 10 - 10 - 10 - 10 - 1						N					
FABIO APARECIDO RODRIGUES   Dados do Contristado Solicitarios   T8-513-841/0001-61   T8-5000	50 - Nome Social										
13 - Nome do Principario   ASOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA   16 - Número do Cortesiño   17 - UF   18 - Codego CB   26921   18 - Odego CB   18 - Ode											
RASOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA   16 - Número do Corselho   17 - UF   18 - Código CB   26921   2270   22870   22870   26921	Dados do Contratado Solid	itante									
14 - Nome do Profesional Solicitarite   LUCAS DA FONSECA BORGH    17 - UF   18 - Codigo CB   26921   41   225270     225270   2	,		11		LICA DENE	EIGENTE DE I	ONDRINA				
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação   19 - Código na Operadora / ONP.]   20 - Nome do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação   22 - Cortação / Dados da Internação   23 - Topo de Internação   23 - Regime do Internação   24 - Regime do Internação   25 - Cude Dárias Solicitados   N N   N   27 - Provisão de uso do OPME   27 - Provisão de uso do Columitotria; N N   N   27 - Provisão de uso do Columitotria; N N   N   28 - Indicação Citilita   N N   N   28 - Indicação Citilita   N N   N   29 - CID 10   Principal (apodonal)   33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionad go Solicitados   N N   N   N   N   N   N   N   N   N		liaitanta	ASSOCI	IACAO EVANGE				Consolho 17 HF	10. Cádias CBO		
39 - CiD 10 Principal (opcional)   23 - Topo de Internação   24 - Regime de Internação   25 - Cide Dialisa Subicitadas   26 - Previsão de uso de OJMB   27 - Previsão de uso de OJMB   27 - Previsão de uso de OJMB   27 - Previsão de uso de OJMB   28 - Indicação Clínica   28 - Indicação Clínica   28 - Indicação Clínica   28 - Topo de Internação   28 - Cide Dialisa Subicitadas   28 - Previsão de uso de OJMB   27 - Previsão de uso de OJMB   27 - Previsão de uso de OJMB   28 - Indicação Clínica   28 - Indicação Clínica   28 - Indicação Clínica   29 - Cide Dialisa Subicitadas   28 - Cide Dialisa Subicitadas   28 - Previsão de uso de OJMB   27 - Previsão de uso de OJMB   28 - Indicação Clínica   28 - Indicação Clínica   28 - Indicação Clínica   28 - Indicação de Acidente (acidente ou dença relacionad 9   29 - Indicação de Acidente (acidente ou dença relacionad 9   28 - Topo de Novembro   28 - Topo de Novembro   29 - Indicação de Acidente (acidente ou dença relacionad 9   28 - Topo de Novembro   29 - Indicação de Acidente (acidente ou dença relacionad 9   28 - Topo de Novembro   28 - Topo de Novembro   29 - Indicação de Acidente (acidente ou dença relacionad 9   28 - Topo de Novembro   29 - Topo de Acidente (acidente ou dença relacionad 9   29 - Topo de Novembro   29 - Topo de Acidente (acidente ou dença relacionad 9   29 - Topo de Novembro   29 - Topo de Acidente (acidente ou dença relacionado   29 - Topo de Acidente (acidente ou dença relacionado   29 - Topo de Acidente (acidente ou dença relacionado   29 - Topo de Acidente (acidente ou dença relacionado   29 - Topo de Acidente (acidente ou dença relacionado   29 - Topo de Acidente (acidente ou dença relacionado   29 - Topo de Acidente (acidente ou dença relacionado   29 - Topo de Acidente (acidente ou dença relacionado   20 - Topo de Acidente   20	1				11		11	11 11	•		
23 - Claridare do Atendriemento   23 - Tipo de Internação   24 - Regime de Internação   25 - Cide. Diárias Solicitados   26 - Previsão de uso de OPME   27 - Previsão do uso de Quimiotoria;   28 - Indicação Clinica   28 - Indicação de Acidemte (acidente ou doença relacionad   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 relacionad   34 - Tabela   35 - Codigo do Procedimento   36 - Descrição   37 - Cida   Solici   38 - Oute, 4   1 - 22   30733090   37 - Cida   Solici   38 - Oute, 4   1 - 22   30733103   INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET   1   1   3 - 22   30710020   RETIRADA DE FISOR, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-0   1   1   1   1   1   1   1   1   1			-								
28 - Indicação Clínica   ARTROFIBROSE JOELHO ESQUERDO	, ,	11		•		ENTE DE LONI	DRINA	- 11	a Internação		
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 relacionad 9   36 - Descrição   37 - Cide. Solic. 38 - Cide. At 1 - 22   30733090   37 - Cide. Solic. 38 - Cide. At 1 - 22   30733103   INSTABLIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET 1   1   1   1   1   1   1   1   1   1	1	1	ernação 24 - I	,	25 - Qtde.		†	l i			
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 relacionad 9	28 - Indicação Clínica										
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. At 1 - 22 30733090 TRATAMENTO CIRURGICO DA ARTROFIBROSE # - PROCEDIMENTO VIDEO 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
34 - Tabela   35 - Código do Procedimento   36 - Descrição   37 - Qtde. Act.   37 - Qtde. Act.   37 - Qtde. Act.   38 - Qtde. Act.   38 - Qtde. Act.   37 - Qtde. Act.   38 - Qtde.   38 - Qtde.	29 - CID 10 Principal (opciona	al) 30 - CID 1	10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (o	pcional) 3	2 - CID 10(4) (opcio	nal) 33 - Indicação de		ença relacionada)		
1- 22	Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	citados								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA  44 - Código CNE 2550792  45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 06/03/2024 /REFERENTE AOS MATERIAIS 01 x capa de vídeo + 01 x equipo de soro - Materiais pagos em conta hos	1- 22 30733090 2- 22 30733103 3- 22 30710022 4- 22 30710030 5- 18 60000805 6- 18 60024151 7-	Procedimento	TRATAI INSTAB RETIRA RETIRA DIARIA	MENTO CIRURGI BILIDADE FEMOR ADA DE FIOS, PIN ADA DE PLACAS DE QUARTO CO	O-PATELAI IOS, PARAF DLETIVO DE	R, RELEASE LA TUSOS OU HAS 2 LEITOS COM	TERAL DA PATELA, TES METALICAS INT BANHEIRO PRIVATI	DEO 1 RET 1 RA-O 1 1 IVO 1	1 1 1 1		
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA  44 - Código CNE 2550792  45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 06/03/2024 /REFERENTE AOS MATERIAIS 01 x capa de vídeo + 01 x equipo de soro - Materiais pagos em conta hos	39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar		11		omodação autorizad	da				
78.613.841/0001-61ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA255079245 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 06/03/2024 /REFERENTE AOS MATERIAIS 01 x capa de vídeo + 01 x equipo de soro - Materiais pagos em conta hos											
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 06/03/2024 /REFERENTE AOS MATERIAIS 01 x capa de vídeo + 01 x equipo de soro - Materiais pagos em conta hos											
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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		94313086	5 - Data da Autorização <b>06/03/2024 14:04</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 9431;	
Dados do Beneficiário	3.	4313000		94313000	00/03/2024 14.04		94313000
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social						
9750000015201883							
8 - Nome							
FABIO APARECIDO R	ODRIGUES						
Dados do Profissional Solid							
9 - Nome do profissional solic		10 - Telefone		11	I - E-mail		
LUCAS DA FONSECA	BORGHI						
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica							
ARTROFIBROSE JOELHO	FUSOS NA PORÇAO MEDIAL E LATERAL I ESQUERDO IAIS 01 x capa de vídeo + 01 x equipo de sc			. PATELAR			
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do l 21 - Registro ANVISA do Mate		cia do material no fabricante			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solido de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00	CANETA ABLACAC	O RF STRIPED 90 GRAUS 200MN M COMERCIO DE IMPLANTESOR	/I CAP ST 90 200	1		_  1	,
2- <b>00499218</b> <b>80356130052</b>	CANULA MICRODE	EBRIDACAO AMC F 2,4X4,5MM 8 I COMERCIO DE IMPLANTESOR	91630000	_ _ _ _ _    1		_  1	,
3-  _ _   _ _ _	ARTHRON	I COMERCIO DE IMPLANTESOR			_	- <u> </u>	_ _ , _
_ _  4-   _      _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _   _   _   _   _   _   _	_ _ _ _  	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _  _	   <sub></sub>	
_ _  5-   _    _ _		_ _ _ _	_ <u> _ _ _ _ _       </u>	_ _ _ _  	_ _ _ _ _ _	_ _  _	,
_ _  6-   _    _			_ <u>                                     </u>	_ _ _ _  	_ _ _ _ _ _ _	_ _  _	_ ,
		_ _ _ _ _		_ _ _ _			
24 - Especificação do Materia							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	378-1000 / Emitido em 06/03/2024 /REFERI	ENTE AOS MATERIAIS 01 x capa de	e vídeo + 01 x equipo de soro - N	∕lateriais pagos e	m conta hospitalar / Empresa /	Titular: UNIMED DO ESTAI	DO DO PARANA
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitant	е		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		