

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91832128 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 11/07/2023 15:41 | 5 - Senha 91832128 | 6 - Data de Validade da Senha 10/09/2023 |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 1510000029984977 | 8 - Validade da Carteira 30/07/2023 | 9 - Atendimento de RN N |
|---|---|-----------------------------------|

50 - Nome Social

10 - Nome

MICHEL SOARES FARIAS JOSEFI

Dados do Contratado Solicitante

| | |
|---|---|
| 12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61 | 13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA |
|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|----------------------|----------------------------------|
| 14 - Nome do Profissional Solicitante LUCAS DA FONSECA BORGHI | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 26921 | 17 - UF 41 | 18 - Código CBO 225270 |
|---|---|---|----------------------|----------------------------------|

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

| | | |
|--|--|---|
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 78.613.841/0001-61 | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA | 21 - Data sugerida para Internação 11/07/2023 00:00 |
|--|--|---|

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | 23 - Tipo de Internação C | 24 - Regime de Internação 1 | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1 | 26 - Previsão de uso de OPME N | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|

28 - Indicação Clínica

videoartroscopia joelho esquerdo

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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) 9 |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição | 37 - Qtde. Solic. | 38 - Qtde. Aut. |
|------------------------------|-----------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1- 22 | 30733065 | REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC | 1 | 1 |
| 2- 22 | 30733049 | OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # | 1 | 1 |
| 3- 18 | 60024151 | ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR | 1 | 1 |
| 4- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dados da autorização

| | | |
|---|---|--|
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar | 40 - Qtde Diárias Autorizadas 0 | 41 - Tipo de Acomodação autorizada 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 CNES 2550792 |
|---|--|------------------------------------|

45 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 11/07/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO PROCEDIMENTO SINOV ECTOMIA TOTAL desfavoravel em laudo de exame anexado nao ha descricao de doenca propria da sinovia. Definido o pagamento de sinovectomia total ou parcial apenas em casos de doenca propria da sinovia, com comprovacao em anatomopatologico. REFERENTE AO PACOTE 09011218 PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO SOLICITA DO COMO COMPLEMENTO NA GUIA 91872470 . / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA

| | | | |
|--------------------------|---|--|---|
| 46 - Data da Solicitação | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização |
|--------------------------|---|--|---|

1 - Registro ANS
343269

3 - Número da Guia de Solicitação de Internação

4 - Data da Autorização

14/07/2023 15:09

5 - Senha

91872470

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

91872470

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

1510000029984977

31 - Nome Social

8 - Nome

MICHEL SOARES FARIAS JOSEFI

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora

78.613.841/0001-61

10 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA

11 - Nome do Profissional Solicitante

LUCAS DA FONSECA BORGHI

12 - Conselho Profissional

06

13 - Número do Conselho

26921

14 - UF

41

15 - Código CBO

225270

Dados da Internação

16 - Qtde. diárias Adicionais Solicitadas

1

17 - Tipo da Acomodação Solicitada

118 - Indicação Clínica
pacote

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

| 19 - Tabela | 20 - Código do Procedimento | 21 - Descrição | 22 - Qtde. Solic. | 23 - Qtde. Aut |
|-------------------------|-----------------------------|--|----------------------|----------------------|
| 1- 98 | 09011218 | PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO - ENF | 1 | 1 |
| 2- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Dados da autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas

1

25 - Tipo da Acomodação Autorizada

1

26 - Justificativa da operadora

27 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 14/07/2023 / AUTORIZADO PACOTE CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA

28 - Data da Solicitação

29 - Assinatura do Profissional Solicitante

30 - Assinatura do Responsável pela Autorização

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização