

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92002970

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia	Atribuído	pela Opera	dora								
343269				92002970									
4 - Data da Autorização 5 - Senha 27/07/2023 10:20		92	92002970 6 - Data de Validade da 9			Senha /10/2023							
Dados do Beneficiário	10.20		- J2	.002370			10/2023						
7 - Número da Carteira				8 - Val	idade da Cartei	ra	9 -	Atendiment	o de RN				
8650000768683900				31/10	/2022			N					
50 - Nome Social													
10 - Nome													
EMERSON NORCI	A GARC	IA											
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operado 78.613.841/0001-61			- 11	13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA									
14 - Nome do Profissiona								elho Profiss	ional	16 - Número do Conselho		17 - UF	18 - Código CBO
RAFAEL MAURICI				~			06			28806		41	225270
Dados do Hospital / Lo					I / Local Solicita	ado					21 - Date	a sugarida n	ara Internação
78.613.841/0001-61		1.1			VANGELICA		FICENTE	DE LON	DRINA		11	2023 00:0	-
22 - Caráter do Atendimer	23 -	Tipo de Inter	rnação	24 - Regim	e de Internação	25 - C	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de O	PME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica LESAO LIGAMENTAR													
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			0(2) (opci	(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacion 9		oença relacionada)		
Procedimentos ou Iten	s Assiste	nciais Solic	citados										
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307340 2- 22 307340 3- 22 307340 4- 18 600008 5- 18 6000241 6-	37 229 553 605 51		CO SIN RE DIA	IOVECTO CONSTRI ARIA DE (UGUELT <i>A</i>	MIA PARCIA JCAO, RETE QUARTO CO AXA DE APA	AL OU SU ENCIONA DLETIVO RELHO	JBTOTAL AMENTO (DE 2 LEI / EQUIPA	PROCE DU REFO TOS COM MENTO F	EDIMEN RCO D I BANH PARA A) - PROCEDIMI NTO VIDEOART E LIGAMENTO IEIRO PRIVATI IRTROSCOPIA	ENTO 2 IROS 1)- PR 2 IVO 1 PAR 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 2 1 2 1 1
39 - Data provável da Ad	lmissão ho	spitalar 4	40 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 4	1 - Tipo de	e Acomodaç	ão autoriza	da				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Loca					utorizado	NEFICE	NTE DE L	ONDR	INA			44 - Código CNES 2550792	
ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 27/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável 149 - Assinatura do Responsável 140 - Assinatura do Responsáve													



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		92002970		92002970	27/07/2023 10:20	92002	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
8650000768683900							
8 - Nome							
EMERSON NORCIA GA	ARCIA						
Dados do Profissional Solic	tante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	I - E-mail		
RAFAEL MAURICIO BI	LETATO						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica LESAO LIGAMENTAR LESAO LIGAMENTAR AUTORIZADO CONFORMI	E UNIMED DE ORIGEM						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário	Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00590045	LAN	MINA PARA SHAVER SET		_ 1	,	_ 1	_ _
80777280006	A N 1/		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 78890578 80083650087	ANG		PLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - A CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 2	_ -	_ 2	_ _
			SERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		2 ,	
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_	_ 	_ 2 _ - - - - - - - - - - - -	
4-							_ _
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		07/2023 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titula	r: CENTRAL NACIONA	AL UNIMED COOPERATIVA CEI	NTRAL	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		