

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91938789

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Gu	ia Atribuído <sub>I</sub>	oela Operac	dora		919:	38789			
4 - Data da Autorização 5 - Senha 21/07/2023 08:28			938789	6 - Data de Valida	ade da Senha 19/09/20	23				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira			11	dade da Carteira		9 - Atendiment				
0050000053550962		01/02	/2024		N					
50 - Nome Social										
10 - Nome EDSON ANTONIO MAZER										
Dados do Contratado S	olicitante									
12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61	l	i i	Nome do Co	ontratado O EVANGELIO	CA RENEFI	CENTE DE I	ONDR	INΔ		
14 - Nome do Profissional	Solicitante			O LVANGLEN		onselho Profiss		16 - Número do Con	selho 17 - U	F 18 - Código CBO
LUCAS DA FONSE						06		26921	41	225270
Dados do Hospital / Loc	al Solicitado / Da	ados da Inte	rnação							
19 - Código na Operadora	/ CNPJ	11		I / Local Solicitado		ITE DE LON	DDINA	i i	21 - Data sugerida para Internação 14/08/2023 00:00	
78.613.841/0001-61	11	L	SSOCIACAO EVANGELICA BENI							
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Ir	nternação	24 - Regime	e de Internação	25 - Qtde. Dia	rias Solicitadas 2	26 - Pr	evisao de uso de OPME	27 - Previsao	de uso de Quimioterápico
29 - CID 10 Principal (opc		9 10(2) (opcid	onal) 31	1 - CID 10(3) (opci	onal) 32 -	CID 10(4) (opcic	onal)	33 - Indicação de Acid	dente (acidente d <b>9</b>	ou doença relacionada)
Procedimentos ou Itens			Descrisão						27 Otdo	Colin 29 Otdo Aut
1- 22 3073306 2- 22 3073301 4- 98 0901121 5- 18 6000080 6- 18 6002415 7-   _     8-  _ _   _   _  10-  _     _   _  11-  _     _   _  12-  _       _   _	9 4 8 95	REF OS SIN PC DIA	TEOCONI OVECTO Γ ARTRO RIA DE ( JGUELTA	DROPLASTIA - MIA TOTAL - F SCOPIA DE JO QUARTO COLE	- ESTABILIZ PROCEDIME DELHO - EN ETIVO DE 2 ELHO / EQU	ACAO, RESS NTO VIDEOA F LEITOS CON IPAMENTO F	SECCA ARTRO I BANH PARA A		# 1 EL 1 1	Solic. 38 - Qtde. Aut.  1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Dados da autorização				1						
39 - Data provável da Admissão hospitalar de la Companya de la Com										
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61		11	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 21/07/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA										

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



## 2 - Nº Guia no Prestador

## Unimed A

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

1 1	Número da Guia Referen		4 - Senha	5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		· · ·			
343269		91938789		91938789	21/07/2023 08:28	<u> </u>	91938789		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000053550962									
8 - Nome	_								
EDSON ANTONIO MAZE	₹								
Dados do Profissional Solicitar									
9 - Nome do profissional solicitan			10 - Telefone	11	1 - E-mail				
LUCAS DA FONSECA BO	ORGHI								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica videoartroscopia joelho esque	do						•		
videoartroscopia joelho esque									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do Mat		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Materia		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 00590045	LAN	MINA PARA SHAVER SET		1		_  1	_ _ _ ,		
80777280006 2- 00 00116700	CAL		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _		_ , , , , , , , ,		
80743230025	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	-             -	_  1	,		
3-		ARTIMOM COMERC	SIG DE IIIII EANTEGORTOT EDIGGOETDA			1 1 1 1 1			
	 				_	_	1-1-1-171-1-1		
4-	_ _ _				_	_	_ _ ,		
	_ _ _	_ _ _ _ _		_ _ _	_ _ _ _	_ _			
5-	_ _ _			_   _ _	_	_	_ _ _ ,		
	_ _ _ _				_ _ _ _	_ _			
6-   _	_ _ _ _				_	_ _   _	,		
						_ _			
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
25 - Observação / Justificativa   Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 21/07/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA									
26. Data da Calicitação	27 Assissture de De	oficeianal Calicitants		20 Appingture de	Deepenéral pale Autoria				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	onssional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				
	H			П					