



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90182813

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90182813			
4 - Data da Autorização 14/02/2023 16:53		5 - Senha 90182813		6 - Data de Validade da Senha 15/04/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0050000042573214		8 - Validade da Carteira 01/11/2023		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome MARCOS DE ABREU				11 - Cartão Nacional de Saúde 702008833815383	
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 03/04/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	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 direito					
29-CID10 Principal (opcional)		30-CID10(2) (opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(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- 98	09011218	PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO - ENF			1 1
4- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR			1 1
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar / /		40 - Qtde Diárias Autorizadas 1		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 Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 84210907987 em 14/02/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO					
46 - Data da Solicitação / /		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	



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

2 - Nº

90182813

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90182813	4 - Senha 90182813	5 - Data da Autorização 14/02/2023 16:53	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90182813
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000042573214	8 - Nome MARCOS DE ABREU
---	------------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante LUCAS DA FONSECA BORGHI	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
LESÃO OSTEOCONDRA L FOCAL NO PLATO TIBIAL LATERAL . ROTURA ARTICULAR OBLIQUA DO CORPO E CORNO ANTERIOR DO MENISCO , ESTENDE PARA O CORNO POSTERIOR COM POSSIVEL FLAP CORPORAL ASSOCIADO
videoartroscopia joelho direito

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Item	21 - Registro ANVISA do material	15 - Descrição	22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 00	00590045		LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306			1		1		
80777280006			ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT							
2- 00	00116700		CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			1		1		
80743230025			ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT							
3-										
4-										
5-										
6-										

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 84210907987 em 14/02/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

26 - Data da Solicitação _ _ / _ _ / _ _ _ _	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---