

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

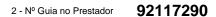
92117290

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da G	Guia Atribuído pe	ela Operadora			92117290			
4 - Data da Autorização 07/08/2023	5 - Se		6 - Data de	e Validade da S <b>07/</b>	Senha 10/2023				
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira 9750000006333012	<b>)</b>		8 - Validade da Ca 22/02/2023	arteira	9 - Ater	ndimento de Ri	N		
50 - Nome Social	-								
30 - Nome Social									
10 - Nome ADRIANE VESPA	ALVES								
Dados do Contratado	Solicitante								
12 - Código na Operado		11	ome do Contratado						
78.613.841/0001-6 <sup>-</sup>	1	ASSC	OCIACAO EVAN	GELICA BE	NEFICENTE	DE LOND	RINA		
14 - Nome do Profission				15 - Conselho Profissiona			t I		18 - Código CBO
LUCAS DA FONSE	CA BORGHI				06		26921		225270
Dados do Hospital / Lo			,						
19 - Código na Operado 78.613.841/0001-6		11	do Hospital / Local Solicitado ACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA				11	1 - Data sugerida <b>09/10/2023 00</b> :	-
22 - Caráter do Atendimer	nto 23 - Tipo de	Internação 2	24 - Regime de Internaç	ão 25 - Qi	de. Diárias Soli	citadas 26 - F	Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de	e uso de Quimioterápico
1			1		1		N		N
29 - CID 10 Principal (op	ocional) 30 - C	ID 10(2) (opcior	nal) 31 - CID 10(3	s) (opcional)	32 - CID 10(4	) (opcional)	33 - Indicação de Acic	•	ı doença relacionada)
								9	
Procedimentos ou Iter									
1- 22 307311 2- 22 307330 3- 22 307330 4- 18 600008 5- 18 600241 6-	03 049 805	TENO INST OSTI DIAR	EOCONDROPLAS RIA DE QUARTO	ORO-PATEL STIA - ESTA COLETIVO	.AR, RELEA BILIZACAO DE 2 LEITO:	SE LATERA RESSECCA COM BAN	CIRURGICO NL DA PATELA, RE' AO E/OU PLASTIA : HEIRO PRIVATIVO ARTROSCOPIA PA	# 1 1	1 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 Ad	dmissão hospitalai	40 - Qtde Di	iárias Autorizadas <b>1</b>	41 - Tipo de	Acomodação a	utorizada			
1			•	e do Hospital / Local Autorizado CIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA					
45 - Observação / Justifi Telefone Contratado: 733065 REPARO OU o. / Empresa / Titular:	(43)3378-1000 / SUTURA DE UN	MENISCO -	PROCEDIMENTO \						

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização





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

1 - Registro ANS	- Número da Guia Referen	nciada	4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		92117290			92117290	07/08/2023 14:39		92117290
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
9750000006333012								
8 - Nome								
ADRIANE VESPA ALVE	s							
Dados do Profissional Solicita	ante							
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone		1	1 - E-mail		
LUCAS DA FONSECA B	ORGHI							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica paciente com degeneraçao le								
RELESE DE PATELA JOELF AUTORIZADO PARCIAL CO as no aludo do exame aprese	NFORME UNIMED DE C	ORIGEM. DESFAVORAVEL A	O PROCEDIMENTO 307330	65 REPARO OU SUTURA	DE UM MENISCO	O - PROCEDIMENTO VIDEOART	ROSCOPICO DE JOELH	O - pois sem roturas descrit
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do Ma 21 - Registro ANVISA do Materi		Descrição 22 - Referência do mater	al no fabricanto		6 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- <b>00 00590045</b>		WINA PARA SHAVER SET			23 - N° Autorização <b>I 1</b>		I 1	,
80777280006	EA		IO DE IMPLANTESORTOF	PEDICOSLTDA I	_, .		_' '	IIII7II
2- 00 00116700	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CA	'	 		1	
80743230025	<b>-</b>		IO DE IMPLANTESORTOF	.—	_, 		_ı ·	1-1-1-171-1-1
3- <b>00 00597007</b>	PAI		REABSORVIVEL GENTLE		 1		1	11111111
80044680085			IO DE IMPLANTESORTOF		_,    _		<b>—</b> •	111/11
4- 00 71502718	ANG	CORAS FLEXIVEIS JUGGI	RKNOTTM - 912015 ANC	ORA FLEXIVEL J	_  2		_  2	,
80044680086		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOF	PEDICOSLTDA	 		_ <b>.</b>	
5-   _				<u> </u> _	_	_   _ _ , _	_	_ _ , _
	_		_ _ _	_  _		_ _ _ _	_ _	
6-				<u> </u>	_	_   _ _ , _	_	,
				_			_	
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33 DEOARTROSCOPICO DE Ju						EDIMENTO 30733065 REPARO C	DU SUTURA DE UM MENI	SCO - PROCEDIMENTO VI
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr		по аргозописко. 7 Епірі 654 /	TRAIGHT BO EST		n Responsável pela Autorização		