

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91//2114

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 91772114 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 05/07/2023 17:59 91772114 13/09/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 8650003677355000 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **RAUL TEIXEIRA ALVES DE MOURA** Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 17 - UF **LUCAS DA FONSECA BORGHI** 06 26921 41 225270 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 14/08/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação C 1 2 Ν Ν 28 - Indicação Clínica lesao de menisco 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) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 34 - Tabela 36 - Descrição 1- 22 30731119 TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 2- **22** 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 3- **22** 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 4- **22** 30733073 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR 5- **22** 30710022 RETIRADA DE FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-O 6- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 7- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 8- |\_\_|\_| 9- | | | 10-| | | 11-12-I I I I II I I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 05/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL

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 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	4 - Senha		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269	917721	14	91772114	05/07/2023 17:59		91772114
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
8650003677355000						
8 - Nome						
RAUL TEIXEIRA ALVE	S DE MOURA					
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solici	ante	10 - Telefone	11	1 - E-mail		
LUCAS DA FONSECA	BORGHI					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica pos operatório de rec ligam lesao de menisco joelho es AUTORIZADO CONFORMI						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do I				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		naterial no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER		_  1	_ _ _ ,	_  1	,
80777280006		ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- <b>00</b>		TRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  1	_   ,	_  1	,
3- <b>00</b>		ICIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	_ _ _ _ _      2		2	
80044680085		ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  2	_    	_  2	_ ,
4-			-		_	
	_ _ _		_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
24 - Especificação do Material  25 - Observação / Justificativa  Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 05/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		