

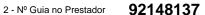
## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92148137

(Via HOSPITAL)

1 " 11	Número da Guia	Atribuído p	pela Operadora						
343269					9214	48137			
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de	Validade da S	enha				
09/08/2023 14	49	92	148137	08/1	0/2023				
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira			8 - Validade da Car	teira	9 - Atendiment	o de RN			
0050000032122236			31/12/2023		N	1			
50 - Nome Social									
10 - Nome									
FRANCIELE APAREC	DA DA SII V	Δ							
Dados do Contratado Solio									
12 - Código na Operadora	liante	13 - N	Nome do Contratado						
78.613.841/0001-61		- 11	OCIACAO EVANG	ELICA BEN	SEFICENTE DE L	ONDRINA			
14 - Nome do Profissional So	ligitanto				15 - Conselho Profissi		ro do Conselho	17 - UF   18 - Cóo	digo CBO
LUCAS DA FONSECA				t i	06	26921	io do Conseino	41 22527	
			~			20921			
Dados do Hospital / Local \$				.7. 1.			104 5		~ .
19 - Código na Operadora / C 78.613.841/0001-61	- 11		do Hospital / Local Soli		ICENTE DE I ON	DDINA	11	ata sugerida para Intern 1/2023 00:00	açao
						1			
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime de Internação	ão    25 - Qto	de. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso	o de OPME    27	- Previsão de uso de Qu	imioterápico
1	С		1		2	N N		N	
28 - Indicação Clínica									
videoartroscopia joelho esc	lueido								1
20 CID 10 Principal (ancien	1) 20 CID 1	10/2) (anaid	onal) 31 - CID 10(3)	(anaianal)	22 CID 10/4) (anais	22 Indiana	ão do Asidonto (	(acidanta au danna ra	lacionada)
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			)   31 - CID 10(3)	(opcional)	32 - CID 10(4) (opcio	oriai)    33 - Iridicaç	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  9		
								<del></del>	
Procedimentos ou Itens As									
_	o Procedimento		Descrição	DE 1114 14E1	U000 BB00EB				Qtde. Aut.
1- 22 30733065			PARO OU SUTURA						
	2- 22 30733022 SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROS 1 1 3- 22 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 1 1								
3- 22 30733049						SECCAO E/OU PI			
4- 98 09011218			T ARTROSCOPIA D				1		
5- 18 60000805			RIA DE QUARTO						
6- 18 60024151		, ALU	JGUELTAXA DE AF	ARELHO /	EQUIPAMENTO	ARA ARTROSCO	OPIA PAR 1	1	
7-   _	_!!!	!					ļ.	_ _ _	_!!
8-   _	_	!					<u> </u>	_ _   -	_ _
9-	_	! —					<u> </u>	_ _     -	_ _
10-  _	_	!					l.	_ _    _ -	_ _
11-	_	<u> </u>					<u> </u>	_ _   -	_ _
12-	_						l.	_ _   _	_ _
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde [	Diárias Autorizadas	41 - Tipo de /	Acomodação autoriza	da			
			2	1					
42 - Código na Operadora / 0	NPJ autorizado	43 - N	Nome do Hospital / Loca	I Autorizado				44 - Cód	igo CNES
78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792								-	
45 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 09/08/2023 / Empresa / Titular: AMCOR FLEXIBLES DO BRASIL INDUSTRIA E COMERCIO DE EMBALAGENS LTDA									
			,						
46 - Data da Solicitação	47 A	cinatura de	o Profissional Solicitante	18 - Accin	atura do Beneficiário	ou Responsável	10 - Accinatura d	lo Responsável pela Au	itorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 92148137 92148137 09/08/2023 14:49 92148137 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000032122236 8 - Nome FRANCIELE APARECIDA DA SILVA Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **LUCAS DA FONSECA BORGHI** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica paceinte com lesoes condrais no joelho esquerdo com ruptura do menisco medial com derrame articular videoartroscopia joelho esquerdo **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 00590045 1- 00 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 2- 00 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |\_\_|\_\_|, 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 09/08/2023 / Empresa / Titular: AMCOR FLEXIBLES DO BRASIL INDUSTRIA E COMERCIO DE EMBALAGENS LTDA 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização