

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95913640

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS       3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora         95913640         4 - Data da Autorização       5 - Senha         24/07/2024 14:49       95913640         6 - Data de Validade da Senha         22/09/2024            Dados do Beneficiário         7 - Número da Carteira       8 - Validade da Carteira       9 - Atendimento de RN  |
|--|
| 24/07/2024 14:49         95913640         22/09/2024           Dados do Beneficiário         22/09/2024  |
| Dados do Beneficiário  |
| 7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN   |
| 00/00/0000   |
| 0050000005333787 03/10/2025 N  |
| SO Notice Social   |
| 10 - Nome MAURO CESAR SANCHES  |
| Dados do Contratado Solicitante  |
| 12 - Código na Operadora   |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante   15 - Conselho Profissional   16 - Número do Conselho   17 - UF   18 - Códig  |
| LUCAS DA FONSECA BORGHI         06         26921         41         225270   |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação   |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ   20 - Nome do Hospital / Local Solicitado   21 - Data sugerida para Internaç<br>  78.613.841/0001-61   ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA   30/07/2024 00:00   |
| 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quim   |
| 2         C         1         1         N         N           28 - Indicação Clínica         N         N         N         N   |
| ARTROFIBROSE 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 relace   |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados   |
| 34 - Tabela   35 - Código do Procedimento   36 - Descrição   37 - Qtde. Solic.   38 - Qtd.   38 - Qtd.   37 - Qtd.   37 - Qtd.   38 - Qtd.   37 - Qtd.   |
| 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  |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado   43 - Nome do Hospital / Local Autorizado   43 - Nome do Hospital / Local Autorizado   4550792   455 |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 24/07/2024 / Empresa / Titular: MAURO CESAR SANCHES  46 - Data da Solicitação   47 - Assinatura do Profissional Solicitante   48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   49 - Assinatura do Responsável pela Auto  |



2 - Nº Guia no Prestador

## 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 95913640 95913640 24/07/2024 14:49 95913640 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000005333787 8 - Nome **MAURO CESAR SANCHES** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **LUCAS DA FONSECA BORGHI** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica paciente com muira dor e diminuição de modalidade com exposição de material urgente ARTROFIBROSE 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 00608459 PONTEIRA DE RF 90GRAUS ESTRIADO CABO 3M EIXO 2.36X198MM IIIA 80082910131 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 100066879 CANULA DE DEBRIDACAO ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-2- 00 81288540024 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |\_\_|\_\_|, 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 24/07/2024 / Empresa / Titular: MAURO CESAR SANCHES 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização