

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91832671

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora													
343269	91832671												
4 - Data da Autorização 11/07/2023 16:03		5 - Senha			6 - Data de Val								
	16:03		91	1832671		13/	/09/2023						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira				8 - Val	idade da Carteira	<u></u>] [g -	Atendimento	o de RN	\neg			
8650002093158010								N					
50 - Nome Social													
10 - Nome													
ROSELY M A BELI	NOTTE												
Dados do Contratado			1,-										
12 - Código na Operado 78.613.841/0001-61			11	B - Nome do Contratado SSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA									
14 - Nome do Profissiona		15 - Conselho Profissional						16 - Número do 0	`onselho	17 - UF	18 - Código CBO		
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 Internação													
78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 05/08/2023 00:00													0
22 - Caráter do Atendimer	to 23 -	Tipo de Interi	nação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - C	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de Ol N	PME 27 - 1	Previsão de i	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica					-					N			14
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			0(2) (opci	opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Iten	s Assister	nciais Solici	itados										
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307330 2- 22 307330 3- 22 307330 4- 98 090112 5- 18 600241 6- 8- 9- 10- 11- 12-	65 49 14 18 51	cedimento	RE OS SIN PC	TEOCON IOVECTO T ARTRO UGUELTA	DROPLASTIA MIA TOTAL - SCOPIA DE . AXA DE APAI	A - ESTA PROCE JOELHO RELHO	ABILIZAC EDIMENTO) - ENF / EQUIPA	AO, RESS O VIDEOA MENTO P	SECCA ARTRO	O VIDEOARTRO O E/OU PLAST SCOPICO DE J	OSC 1 IA # 1 OEL 1 1 PAR 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
Dados da autorização													
39 - Data provável da Admissão hospitalar do - Qtde Diárias Autorizadas 1 1 41 - Tipo de Acomodação autorizada													
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 44 - Código (2550792)											44 - Código CNES 2550792		
Telefone Contratado:	45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 11/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL												



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 91832671 91832671 11/07/2023 16:03 91832671 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 8650002093158010 8 - Nome **ROSELY M A BELINOTTE** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **LUCAS DA FONSECA BORGHI** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica videoatroscopia joelho direito videoartroscopia joelho direito AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM **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 11/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização