

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90980254

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	2 Niún	nero da Guia	Atribuído	nola Onora	doro									
343269	3 - Null	nero da Guia	Alfibuldo	реіа Орега	dora			9098	0254					
4 - Data da Autorizaç	ão)23 14:22	5 - Senha	ar	6 - Data de Validade da 90980254 25			Senha 06/2023							
Dados do Beneficiário														
7 - Número da Cartei	ra			8 - Val	lidade da Cartei	ra	9 -	Atendimento	de RN	\neg				
0050000002655163				29/08/2023				N						
50 - Nome Social														
10 - Nome EUNICE CARDO	SO RAG	ANHAN												
Dados do Contrata	do Solicitan	nte												
12 - Código na Opera	idora		13 -	Nome do Co	e do Contratado									
78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17														
14 - Nome do Profiss LUCAS DA FON				15 - Cons 06	15 - Conselho Profissional 06			16 - Número do Conselho 26921		18 - Código CBO 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 05/06/2023 00:00 21 - Data sugerida para Internação 05/06/2023 00:00 05/06/2023 05/06/2022 05/06/2022 05													-	
22 - Caráter do Atendir	mento 23	- Tipo de Inte	rnação	24 - Regim	e de Internação	25 - Q	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pre	visão de uso de	OPME 27	7 - Previsão de	uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica	<u> </u>													
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			0(2) (opci	pcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID	32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			loença relacionada)	
Procedimentos ou I	tens Assist	enciais Soli	citados											
1- 22 3073 2- 22 3073 3- 22 3073 4- 98 0901	33065 33049 33014 11218 24151 	I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	RE OS SIN PC	TEOCON NOVECTO T ARTRO UGUELTA	J SUTURA D DROPLASTI DMIA TOTAL DSCOPIA DE AXA DE APA	A - ESTA - PROCE JOELHO RELHO /	BILIZAC EDIMENT) - ENF / EQUIPA	AO, RESS O VIDEOA MENTO PA	ECCAC RTROS	E/OU PLA COPICO DI	TROSC STIA # E JOEL	37 - Qtde. Soli 1 1 1 1 1	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1	
39 - Data provável da		hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	orizadas 4	I1 - Tipo de	Acomoda	ão autorizad	а					
42 - Código na Opera	12	1 1 3 - Nome do Hospital / Local Autorizado									44 - Cádigo CNES			
78.613.841/0001	11	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 44 - Código CNES 2550792												
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 26/04/2023 /****EQUIPO DE SORO 4 VIAS + CAPA DE VIDEO - PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: ASSOCIACA O DE MORADORES DO CONJ HABITACIONAL SAO JOSE														
46 - Data da Solicitaç	ão	II 47 - As	sinatura d	lo Profission	nal Solicitante	II 48 - Assi	natura do l	Beneficiário o	u Respor	nsável II 49 -	Assinatura	do Responsáv	el pela Autorização	



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 90980254 90980254 26/04/2023 14:22 90980254 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000002655163 8 - Nome **EUNICE CARDOSO RAGANHAN** 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 rotura complexa no joelho esquerdo com artropatia degenerativa tricompartimental femoropatelar com sinovial lesao de menisco joelho esquerdo ****EQUIPO DE SORO 4 VIAS + CAPA DE VIDEO - PAGO EM CONTA **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 26/04/2023 /****EQUIPO DE SORO 4 VIAS + CAPA DE VIDEO - PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DE MORADORES DO CONJ HABITACIONAL SAO JOSE 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização