

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92611503

(Via HOSPITAL)

"	Número da Guia At	ribuído pela Ope	radora		]							
343269					92611503							
4 - Data da Autorização 5 - Senha 92611503 6 - Data de Validade												
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira		tt	/alidade da Carteira	9 -	Atendimento de RN							
0050000004931664		10/0	04/2024		N							
50 - Nome Social												
10 - Nome ELIONES CATARIN												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		13 - Nome do										
78.613.841/0001-61		ASSOCIAC	CAO EVANGELICA B									
14 - Nome do Profissional Solicitante  LUCAS DA FONSECA BORGHI				15 - Conselho Profissional 16 - Número d 26921			Conselho 17 - UF 41		18 - Código CBO <b>225270</b>			
Dados do Hospital / Local S		da Internação										
19 - Código na Operadora / C 78.613.841/0001-61	l t		ital / Local Solicitado  EVANGELICA BENI	FICENTE	DE LONDRINA		21 - Data		ara Internação <b>0</b>			
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Intern	ação 24 - Regi	ime de Internação 25 -	Qtde. Diárias	Solicitadas 26 - Pre	evisão de uso de OP	ME 27 - Pr	evisão de ι	uso de Quimioterápico			
1	С		1	2		N			N			
29 - CID 10 Principal (opciona	i) 30 - CID 10(	2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	cidente (aci	dente ou d	oença relacionada)			
							9	)				
Procedimentos ou Itens Ass	sistenciais Solicit	ados										
1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 22 30733014 4- 18 60000554 5- 18 60024151 6-	Procedimento	OSTEOCO SINOVECT DIARIA DE ALUGUEL	ODU SUTURA DE UM N NDROPLASTIA - EST TOMIA TOTAL - PROC E APARTAMENTO SII TAXA DE APARELHO	ABILIZACA EDIMENTO MPLES O / EQUIPA	AO, RESSECCA O VIDEOARTRO: MENTO PARA A	O E/OU PLASTI SCOPICO DE JO RTROSCOPIA I	OSC 1 A # 1 OEL 1 2	           _	C. 38 - Qtde. Aut.  1 1 2 1			
Dados da autorização		0.1. =:/:	11 =		<u> </u>							
39 - Data provável da Admissa	ão hospitalar   40	- Qtde Diárias A	utorizadas 41 - Tipo o	de Acomodaç	ão autorizada							
42 - Código na Operadora / C 78.613.841/0001-61	NPJ autorizado	11	Hospital / Local Autorizado		NTE DE LONDR	INA		- 11	44 - Código CNES <b>2550792</b>			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	378-1000 / Emiti		023 / Empresa / Titular: G					loonen-f	al pola Autorios s			



## 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 0	úmero da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribo		uído pela Operadora		
343269	92611503		92611503		21/09/2023 15:16		92611503	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - Nome Socia	ıl						
0050000004931664								
8 - Nome								
ELIONES CATARIN								
Dados do Profissional Solicitante								
9 - Nome do profissional solicitante		10 - Telefone		11	I - E-mail			
LUCAS DA FONSECA BOF	GHI							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica rotura complexa joelho esquerdo								
VIDEOARTROSCOPIA JOELHO								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do Mater					e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Material		ncia do material no fabricante		•	de Funcionamento			
1- 00 00116700 80743230025		O RF STRIPED 90 GRAUS 200M M COMERCIO DE IMPLANTESO	·—-	1		_  1	_ ,	
2- 00 00590045		AVER SETORMED - 001030306	TOPEDICOSLIDA	-     1		1		
80777280006		M COMERCIO DE IMPLANTESO	RTOPEDICOSI TDA		-           -	_  '		
3-	,	00			<del></del>	1 1 1 1 1		
	,,				_,	_ll	1-1-1-1/1-1-1	
4-	_ _ _				_	_	_ _ , _	
	<u> _ _                                  </u>	_ _ _		_	_ _ _ _	_ _		
5-	_ _		<u> </u>		_   _ _ , _	_	,	
		_ _ _ _	_	_	_ _ _ _	_		
6-	<sub></sub>			!!!-	_	_ _	_ ,	
				-		_ _		
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
Zo - Observação / Justificativa   Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 21/09/2023 / Empresa / Titular: GEORGIA MAGALHAES FIGUEIREDO CATARIN								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitar	to	110	20 Accipatura da	Responsável pela Autorização			
20 - Dala da Sullulação	21 - Assinatura do Fronssional Solicital	IIC		.u - Assilialula 00	r responsavel pela Autorização			