

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91832128

(Via HOSPITAL)

	- 12										
1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Gu	ia Atribuído pe	ela Operad	dora		9183	32128				
4 - Data da Autorização	5 - Sent	na		6 - Data de Valida	ade da Senha						
11/07/2023	15:41	918	32128		10/09/20	23					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	idade da Carteira		9 - Atendimento					
1510000029984977			30/07	//2023		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
MICHELA SOARES	FARIAS JOSI	EFI									
Dados do Contratado So	olicitante										
12 - Código na Operadora		11	me do Co			05NT5 D5 1					
78.613.841/0001-61	0.11.11	ASSC	CIACA	O EVANGELIO						47 115	[40, 0′ E, 000
14 - Nome do Profissional LUCAS DA FONSE			15 - Conselho Profissi 06			ional 16 - Número do Conselho 26921			17 - UF	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Loc		ados da Interi					20321		71	223210	
19 - Código na Operadora				I / Local Solicitado				1/2	21 - Data	sugerida p	ara Internação
78.613.841/0001-61		ASSOCIA	CAO E	VANGELICA E	A BENEFICENTE DE LONDRINA				11/07/2023 00:00		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de la	nternação 2	4 - Regime	e de Internação	25 - Qtde. Dia	rias Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPME	27 - P	revisão de ι	so de Quimioterápico
1	С			1		1		N			N
29 - CID 10 Principal (opci	onal) 30 - CID	0 10(2) (opcion	ial) 3	1 - CID 10(3) (opcic	onal) 32 -	CID 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de Acid	dente (aci	idente ou d	oença relacionada)
									9	9	
Procedimentos ou Itens											
34 - Tabela 35 - Códig 1- 22 3073306 2- 22 3073304 3- 18 6002415 4-	9	REP/ OSTI	EOCONI	DROPLASTIA -	ESTABILIZ	ACAO, RESS	SECCA(C 1 # 1		c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1
39 - Data provável da Adm	nissão hospitalar	40 - Qtde Di	árias Auto	orizadas 41 -	Tipo de Acom	odação autorizad	da				
			0	1							
42 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61	/ CNPJ autorizad	11		ospital / Local Autor		CENTE DE L	ONDR	INA		- 11	44 - Código CNES 2550792
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 11/07/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO PROCEDIMENTO SINOV ECTOMIA TOTAL desfavoravel em laudo de exame anexado nao ha descricao de doenca propria da sinovia. Definido o pagamento de sinovectomia total ou parcial apena s em casos de doenca propria da sinovia, com comprovacao em anatomopatologico. REFERENTE AO PACOTE 09011218 PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO SOLICITA DO COMO COMPLEMENTO NA GUIA 91872470 . / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA											

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização





Unimed A

GUIA DE SOLICITAÇÃO 2-Nº DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

343269	3 - Numero da Gui	a de Solicitaç	çao de Internação		14/07/2023 15:09						
5 - Senha			9187247	- 11	6 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 91872470						
Dados do Beneficiário				-11							
7 - Número da Carteira			31 - Nome Social								
1510000029984977	7										
8 - Nome MICHELA SOARES	S FARIAS JOSE	FI									
Dados do Contratado	Solicitante										
9 - Código na Operadora	- Código na Operadora 10 - Nome do Contratado										
78.613.841/0001-6	8.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA										
11 - Nome do Profission				11	† †	mero do Conselho	14 - UF	15 - Código CBO			
LUCAS DA FONSE	CA BORGHI			06	2692		41	225270			
Dados da Internação											
16 - Qtde. diárias Adicio	nais Solicitadas	17 -Tipo da	Acomodação Solicitada 1								
18 - Indicação Clínica											
pacote											
Procedimentos ou Iten	s Δesistenciais Δd	icionais Soli	icitados								
	ligo do Procedimento		Descrição			22	? - Qtde. Soli	c. 23 - Qtde. Aut			
1- 98 090112			ARTROSCOPIA DE JO	DELHO - ENF		1		1			
2-		J				<u> </u> _	_				
3-	_ _ _ _					l_	_				
4-	_ _ _ _	J				L	_ _				
5- _	!!!!_					<u> </u> _	_				
6- _	_ _ _ _	-!				<u> </u> -	_				
7- _		-!				<u> </u>	_				
8-							_ _				
Dados da autorização				1							
24 - Qtde. Diárias Adicio	nais Autorizadas	25 - Tipo da 1	a Acomodação Autorizada								
26 - Justificativa da oper	adora	-		-							
27 - Observação / Justifi	cativa (43)3378-1000 / E	mitido em 1	4/07/2023 / AUTORIZAD			EM / Empresa / Ti	tular: LINIM	ED APLICARANA			
releione contratado.	(+5)557 6-1000 / EI	miliao em 1	TOTIZOZOT AUTONIZADO	CTAGOTE CONF	ORIVIL ORIVING DE ORIG	Livi / Lilipiesa / II	talai. UININ	LD AI GOARAINA			
28 - Data da Solicitação	29 - A	ssinatura do	Profissional Solicitante 3	30 - Assinatura do R	esponsável pela Autorização						



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atri	· · ·			
343269		91832128		!	91832128	11/07/2023 15:41		91832128			
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
1510000029984977											
8 - Nome											
MICHELA SOARES FARIAS JOSEFI											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone		11	11 - E-mail					
LUCAS DA FONSECA	BORGHI										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica ROTURA HORIZONTAL DEGENERATIVA NO CORPO E CORNOS POSTERIOR E ANTERIOR DO MENISCO LATERAL COM CONDROPATELAR E FEMOROTIBIAL LATERAL GRAU III videoartroscopia joelho esquerdo AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO PROCEDIMENTO SINOVECTOMIA TOTAL desfavoravel em laudo de exame anexado nao ha descricao de doenca propria da sinovia. Definido o pagamento de s inovectomia total ou parcial apenas em casos de doenca propria da sinovia, com comprovacao em anatomopatologico. REFERENTE AO PACOTE 09011218 PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO SOLICITADO COMO COMPLEMENTO NA GUIA 91872470 .											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricanto	, ,		Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autoriza	nda 20 - Valor Unitário Autorizado			
1- 00 00590045		MINA PARA SHAVER SET		25-N	1		1				
80777280006	LAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	I—I DSITDA II		1/ 1/	-1 '	I—I—I—I [,] I—I—I			
2- 00 00116700	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 9	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			1				
80743230025	0 7		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO				-ı ·	I—I—I—I"—I—I			
3-		/				- 	1 1 1 1 1				
1 1 1 1 1 1 1 1 1							-ı ı <u></u> ıı	1-1-1-171-1-1			
4-					_,,_,_,_,_		_, 				
							-i	1-1-1-1/1-1-1			
5-							 				
						- -					
6- _								,			
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 11/07/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO PROCEDIMENTO SINOVECTOMIA TOTAL desfavoravel em laudo de exame anexado nao ha descricao de doenca propria da sinovia. Definido o pagamento de sinovectomia total ou parcial apenas em casos de doenca propria da sinovia, com comprovacao em anatomopatologico. REFERENTE AO PACOTE 09011218 PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO SOLICITADO COMO COMPLEMENTO NA GUIA 91872470 . / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 -	Assinatura do	Responsável pela Autorização					