

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95712680

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número	da Guia Atril	buído pela Op	eradora		957	2680					
4 - Data da Autorização 05/07/202	11	5 - Senha	9571268	6 - Data de Vali		Senha /07/2024						
Dados do Beneficiário)											
7 - Número da Carteira			8 -	Validade da Carteira	a	9 - Atendiment						
994170150164009	0					N						
50 - Nome Social												
10 - Nome ANDRE BONIFACIO												
Dados do Contratado	Solicitante											
12 - Código na Operado	ora		13 - Nome do	Contratado								
78.613.841/0001-6	1		ASSOCIA	CAO EVANGEL	ICA BE	NEFICENTE DE L	ONDF	RINA				
14 - Nome do Profission						15 - Conselho Profiss	onal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO	
LUCAS DA FONS	ECA BOR	GHI				06 26921			41 2		225270	
Dados do Hospital / L	ocal Solicita	do / Dados o	da Internação)								
19 - Código na Operado		11		spital / Local Solicitad					1		ara Internação	
78.613.841/0001-6	1	AS	SOCIACAC	DEVANGELICA	BENE	FICENTE DE LON	DRINA	1	19/08/2	19/08/2024 00:00		
22 - Caráter do Atendime	nto 23 - Ti	ipo de Internaç	ção 24 - Re	gime de Internação	25 - C	tde. Diárias Solicitadas	26 - P	revisão de uso de OP	ME 27 - F	revisão de ι	so de Quimioterápico	
1		С		1		1		N			N	
1- 22 30733 2- 22 30733 3- 22 30733 4- 98 09011 5- 18 60024 6-	ns Assistence digo do Proce 065 103 049 218		dos 36 - Descriç REPARO INSTABIL OSTEOCO PCT ARTI	OU SUTURA DE IDADE FEMORO ONDROPLASTIA ROSCOPIA DE J	UM ME D-PATE A - ESTA	ENISCO - PROCED LAR, RELEASE LA ABILIZACAO, RESS) - ENF / EQUIPAMENTO F	IMENT TERA	O VIDEOARTRO L DA PATELA, F O E/OU PLASTI	37 DSC 1 RET 1 A # 1	idente ou d 9 - Qtde. Soli	oença relacionada) 5. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1	
8-	_ _ _								_ _ _	_ _ _ _		
39 - Data provável da A		oitalar 40 -	Qtde Diárias	Autorizadas 41	- Tipo de	e Acomodação autoriza	da					
			1	1	-	z Acomodação autoriza						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado43 - Nome do Hospital / Local Autorizado44 - Código CNES78.613.841/0001-61ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA2550792												
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 05/07/2024 /REFERENTE AOS MATERIAIS : capa: incluso em taxa + equipo material de consumo hospitalar: justificado em conta / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
i 40 - Daia da Solicitação	,	_{I I} 47 - ASSINA	uura uu Profisi	SIULIAL SUILCILANTE	+o - ASS	matura uu Deneliciailo (JurteSβ	∪⊓5aver 49 - ASS	miatura 00 l	เงษอยบบรลิไ	n pela Autonzação	



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia a	tribuído pela Operadora
343269		95712680		95712680	05/07/2024 13:11		95712680
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
9941701501640090							
8 - Nome		_					
ANDRE BONIFACIO							
Dados do Profissional Solid							
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
LUCAS DA FONSECA	BORGHI						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica derrame articular com cond VIDEOARTROSCOPIA JO REFERENTE AOS MATER	ELHO DIREITO	•	umo hospitalar: justificado em conta				
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do l		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autori	zada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate			de Funcionamento		
1- 00 	PO		ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	· _ '	- -	_ 1	,
2- 00 100066879	CA		ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	 		1	,
81288540024	07 11		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-ı ·	1-1-1-1111-1-1
3- _						_	_ _ ,
4- _ _					_ _ _ , _	_	_ _ , _
_ _ _	_ _ _		_		_ _ _ _	_ _	
5- _ _	_ _ _				_	_	,
		_ _ _				_	
⁶⁻ _ _ _ - 	_ _ _					_	,
24		<u> </u>					
24 - Especificação do Materia							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3	378-1000 / Emitido em 05/	07/2024 /REFERENTE AOS	MATERIAIS : capa: incluso em taxa + equipo ma	terial de consumo hospi	talar: justificado em conta / Empre	sa / Titular: UNIMED	SEGURADORA S/A
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização		
				/			