

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95496184

(Via HOSPITAL)

	N/	I.										
1 - Registro ANS 343269	- Número da Gu	ia Atribuido	pela Opera	adora			95496	6184				
4 - Data da Autorização	5 - Senh		- 400404	6 - Data de Vali								
17/06/2024 18:30 95496184 16/08/2024 Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
0050000061460500 20/05/2025							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome MATHEUS GUILHERME MONTANINI												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		- 11	Nome do C									
78.614.971/0001-19		IRM	IANDADI	E DA SANTA	CASA						1	1
14 - Nome do Profissional Solicitante MAURICIO SHIGUENOBU KANASHIRO						15 - Conselho Profissional 16 - Número do 5460			16 - Número do C 5460	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Loca			-									
19 - Código na Operadora / 78.614.971/0001-19	CNPJ	ł		al / Local Solicitad A SANTA CAS		ONDDIN				11		ara Internação
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Ir	L		ne de Internação		tde. Diárias		26 Prov	viaña da una da OF	24/06/2024 00:00 so de OPME 27 - Previsão de uso de Qu		
1	C C	itemação	24 - Regili	1	25 - Q	1	Solicitadas	20 - Flev	S	- TVIE 27 - 1	revisão de	N
28 - Indicação Clínica PCTE C LESÃO DE LIG	MENTO CRUZ	ZADO LES	SÃODE ME	NISCO LESÃO	CONDE	PAL DE IC	DELHO ESO	NECES	SITA DE TRAT	ΔΜΕΝΤΟ	CIRLIRGIC	.0
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		al) 3	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doen		loença relacionada)	
Procedimentos ou Itens	Assistenciais Sc	licitados										
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30731113 2- 22 30733057 3- 22 30733043 4- 22 30733073 5- 18 60000805 6- 18 60024157 7-	,) ; ; _ _ _ _ _ _	TEI ME OS RE DIA ALI	INISCECT TEOCON CONSTR ARIA DE	TIA / ENXERTO FOMIA - UM M IDROPLASTIA UCAO, RETEN QUARTO COL AXA DE APAR	ENISCO A - ESTA NCIONA LETIVO RELHO /) - PROCI BILIZAC, MENTO (DE 2 LEI' EQUIPA	EDIMENTO AO, RESSE DU REFOR TOS COM I	O VIDEO ECCAO ECO DO BANHE ARA AR	DARTROSCOF E/OU PLAST LIGAMENTO EIRO PRIVATIV	1 PICO 1 IA# 1 CR 1 /O 1	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1
42 - Código na Operadoro	/ CNP.Lautorizon	 			torizado							44 - Código CNES
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.614.971/0001-19 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 44 - Código CNES 2580055								=				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 17/06/2024 / Empresa / Titular: MATHEUS GUILHERME MONTANINI 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
46 - Data da Solicitação	47 - 8	assinatura d	IU PTOTISSIOI	nai Suicitante	40 - ASSI	natura do B	enenciario ou	ı kespon:	5avei 49 - AS	รเกลเนาส 00	nesponsav	ei peia Autorização



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

· 11	Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora						
343269		95496184		17/06/2024 18:30	95496184							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social										
0050000061460500												
8 - Nome												
MATHEUS GUILHERME MONTANINI												
Dados do Profissional Solicitante												
9 - Nome do profissional solicitant			10 - Telefone	1	1 - E-mail							
MAURICIO SHIGUENOBL	J KANASHIRO											
Dados da cirurgia												
12 - Justificativa técnica PCTE C/ LESÃO DE LIGAMENTO CRUZADO + LESÃODE MENISCO + LESÃO CONDRAL DE JOELHO ESQ. NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO PCTE C LESÃO DE LIGAMENTO CRUZADO LESÃODE MENISCO LESÃO CONDRAL DE JOELHO ESQ NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO												
OPME Solicitadas												
13 - Tabela 14 - Código do Mate 21 - Registro ANVISA do Material		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solico de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado					
-			A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	2		_ 2	,					
80044680085		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	· · ·								
2- 00 00162477 CANULA MICRODEBRIDACAO AM			AO AMC F 2,9X5,5MM 891710000	1	,	_ 1	_ _ _ ,					
80356130052			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA									
3- 00 78898676	DIS		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	<u> 3</u>		_ 3	,					
80044680449		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA									
4- _ _ _	_ _ _					_	,					
5-	 	IIIIII				_ _ 						
	 						111/111					
6-	_ _ _			_ _	_ _ _ , _	_	,					
	_ _ _				_ _ _ _	_						
24 - Especificação do Material												
25 Observação / Justificativa												
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 17/06/2024 / Empresa / Titular: MATHEUS GUILHERME MONTANINI												
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização							