

89332804

(Via HOSPITAL)



46 - Data da Solicitação

_|/|__|_|/|_

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 89332804 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 19/11/2022 16:01 89332804 22/01/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 183000001232750 01/03/2024 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 702602780313949 **FELIPE GABRIEL KUHN** Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome 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 - UF 18 - Código CBO **RAFAEL MAURICIO BELETATO** 06 28806 225270 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida pata Internação 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 25/11/2022 00:00 22 - Caráter de Atendimento 25 - Otde, diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 24 - Regime de internação 23 - Tipo de Internação 2 S 1 1 Ν 28 - Indicação Clínica SEGUE PEDIDO MEDICO EM ANEXO 29-CID10 Principal (opcional) 30-CID10(2) (opcional) 31-CID10(3) (opcional) 32-CID10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 35 - Código do Procedimento 34 - Tabela 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1- 22 30734037 CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENT 2- 22 30734029 SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROS 1 3- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 4- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 12-Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 1 1 _|_|/|__| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 2550792 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 45 - Observação Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 06827478904 em 19/11/2022 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIO NAL DE CAMPO MOURÃO

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



89332804



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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora
343269		89332804		89332804	19/11/2022 16:01	89332804
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira 8 - Nome						
183000001232750 FELIPE GABRIEL KUHN						
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	11	1 - E-mail	
RAFAEL MAURICIO BELETATO						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica SEGUE PEDIDO MEDICO EM ANEXO. SEGUE PEDIDO MEDICO EM ANEXO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM						
OPME Solicitadas 13 - Tabela 14 - Código do Ite	15 J	Deserieña		10 0005017 (Otdo Colinitado 40 Volos Unitásio Col	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do materia		Descrição	22 - Referência do material no fa		Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol	icitado 19 - Qide. Autorizada 20 - Valor Unitario Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER S	ETORMED - 001030306	2	_ _ _ ,	_ _ 2 _ _ , _
80777280006		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		L	
2- _				_		
3-			IIIIIII	 		
				_		
	- 				 - - - - - - - - - - - - - - - - - - 	
				_		
	-				- -	
5- _ _ _ _ _				_	:	
	_				-	_ _ _ _
6- _	_ _ _ _ _			_	_ _	_ _
	_				<u> </u>	_ _ _ _
24 - Especificação do material						
25 - Observações / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 06827478904 em 19/11/2022 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIO NAL DE CAMPO MOURAO						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	issional Solicitanta	Т	28 - Assinatura da	Responsável pela Autorização	
,	27 - Assinatura do Prof	ISSIONAL SONCILANTE		∠o - Assinatura do	responsavei pela Autorização	
_ _ / _ / _	.					