



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94774686**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94774686
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 15/04/2024 14:55	5 - Senha 94774686	6 - Data de Validade da Senha 17/06/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9750000011422320	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome CLENILSON MESSIAS

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61	13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante LUCAS DA FONSECA BORGHI	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 26921	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 78.613.841/0001-61	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	21 - Data sugerida para Internação 01/08/2024 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME N	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica VIDEOARTROSCOPIA JOELHO DIREITO

29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
2- 22	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	1	1
3- 98	09011218	PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO - ENF	1	1
4- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	44 - Código CNES 2550792
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 15/04/2024 /AUTORIZADO PARCIAL. DESFAVORÁVEL AO PROCEDIMENTO 30733090 TRATAMENTO CIRURGICO DA ARTROFIBROSE # - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO - MEDICO DE ACORDO / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---



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

2 - Nº Guia no Prestador 94774686

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94774686	4 - Senha 94774686	5 - Data da Autorização 15/04/2024 14:55	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94774686
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9750000011422320	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome
CLENILSON MESSIAS

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante LUCAS DA FONSECA BORGHI	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
menisco medial joelho direito
VIDEOARTROSCOPIA JOELHO DIREITO
AUTORIZADO PARCIAL. DESFAVORÁVEL AO PROCEDIMENTO 30733090 TRATAMENTO CIRURGICO DA ARTROFIBROSE # - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO - MEDICO DE ACORDO

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento				
1- 00	00608459	PONTEIRA DE RF 90GRAUS ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA		1		1	
80082910131		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 00	100066879	CANULA DE DEBRIDACAO ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-		1		1	
81288540024		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 15/04/2024 /AUTORIZADO PARCIAL. DESFAVORÁVEL AO PROCEDIMENTO 30733090 TRATAMENTO CIRURGICO DA ARTROFIBROSE # - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO D E JOELHO - MEDICO DE ACORDO / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---