

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94508160

(Via HOSPITAL)

| 1 " 11 | 3 - Número da Gu | uia Atribuído pela | a Operadora | | | | | | | | |
|---|--------------------|--|--|--|--|--|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| 343269 | | | | | 9450 | 08160 | | | | | |
| 4 - Data da Autorização 22/03/2024 | 11:34 5 - Sen | ha 9450 8 | 8160 6 - Data de Vali | idade da Sen 21/05/ | 1 | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | | 8 - Validade da Carteira | a | 9 - Atendiment | 1 | | | | | |
| 0050000002459909 | | | 11/11/2025 | | N | | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome VERA LUCIA PAGANI DE SOUZA | | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado S | olicitante | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora | l | 11 | ne do Contratado | | | | | | | | |
| 78.613.841/0001-61 | | ASSOC | CIACAO EVANGEL | | | | | | 1 | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA | | | | 11 | 15 - Conselho Profissional 16 - Número do 30165 | | | onselho 17 - UF 41 | 18 - Código CBO 225270 | | |
| Dados do Hospital / Loc | al Solicitado / D | ados da Interna | ação | | | | | | | | |
| 19 - Código na Operadora | / CNPJ | 11 | Hospital / Local Solicitad | | | | | 21 - Data sugerida | | | |
| 78.613.841/0001-61 | | ASSOCIAC | CAO EVANGELICA | BENEFIC | ENTE DE LON | | | 01/04/2024 00: | | | |
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | 23 - Tipo de I | - 11 | - Regime de Internação 1 | 25 - Qtde. | Diárias Solicitadas 1 | 26 - Previsão | de uso de OPN | ME 27 - Previsão de | uso de Quimioterápico | | |
| 28 - Indicação Clínica RUPTURA LCA MENIO | `O | | | _ · _ | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opc | ional) 30 - CII | D 10(2) (opcional | 31 - CID 10(3) (ope | cional) 33 | 2 - CID 10(4) (opcio | onal) 33 - Ir | ndicação de Ac | | doença relacionada) | | |
| Procedimentos ou Itens | <u> </u> | P. M. L. | | | | | | 9 | | | |
| 1- 22 3073306 2- 22 3073307 4- 22 3073121 5- 18 6000055 6- 18 6002415 7- 8- _ | 9 73 6 64 | REPAI OSTEC RECOI TRANS DIARIA | SCIÇÃO RO OU SUTURA DE DCONDROPLASTIA NSTRUCAO, RETEN SPOSICAO DE MAIS A DE APARTAMEN' UELTAXA DE APAR | A - ESTABII NCIONAME S DE 1 TEN TO SIMPLI | LIZACAO, RESS ENTO OU REFO IDAO - TRATAM ES | SECCAO E/O RCO DO LIO MENTO CIRU | DU PLASTIA GAMENTO C JRGICO | A# 1 CR 1 1 | iic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1 1 1 | | |
| 10- | - - | _ _ | | | | | | | | | |
| Dados da autorização | | | | | | | | | ,, | | |
| 39 - Data provável da Adr | nissão hospitalar | 40 - Qtde Diár | rias Autorizadas 41 | | omodação autorizad | da | | | | | |
| 42 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61 | / CNPJ autoriza | 11 | ne do Hospital / Local Aut | | FICENTE DE L | ONDRINA | | | 44 - Código CNES 2550792 | | |
| 45 - Observação / Justifica Telefone Contratado: (4 46 - Data da Solicitação | 43)3378-1000 / F | | | | LUCIA PAGANI E | | J | natura do Responsá | rel nela Autorizzaño | | |



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

| · · · | 3 - Número da Guia Referenciada | 4 - Senha | | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora | |
|---|--|---------------------------------------|---|--|---|---------------------------|
| 343269 | 94508160 | | 94508160 | 22/03/2024 11:34 | | 94508160 |
| Dados do Beneficiário | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | 29 - Nome Social | | | | | |
| 0050000002459909 | | | | | | |
| 8 - Nome | · | | | | | |
| VERA LUCIA PAGANI I | DE SOUZA | | | | | |
| Dados do Profissional Solici | tante | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solici | ante | 10 - Telefone | 11 | 1 - E-mail | | |
| GUILHERME JOSE MIY | ASAKI PIOVESANA | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica | | | | | | |
| RUPTURA LCA + MENICO RUPTURA LCA MENICO | | | | | | |
| NOI TORA LOA MENICO | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate | | | 16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici de Euncionamento | itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - | Valor Unitário Autorizado |
| 1- 00 00499218 | | AO AMC F 2,4X4,5MM 891630000 | I I 1 | | 1 | _ , |
| 80356130052 | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | ,, | | -1 · I— | _ |
| 2- 72320915 | DISPOSITIVO DE FIXACAO I | DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC - | | | _ 1 _ | _ _ _ , |
| 80044680067 | ARTHROM COMER | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | |
| 3- 72215755 | PARAFUSOS DE INTERFER | ENCIA REABSORVIVEIS BIOMET - 905629 - | <u> </u> 1 | _ _ , | _ 1 _ | _ , |
| 80044680085 | ARTHROM COMER | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | |
| 4- | _ _ _ | | | _ | _ | _ , |
| | | | | _ _ _ _ | _ _ | |
| 5- _ | | | | _ _ _ , | _ | _ _ _ , |
| | | | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ | |
| 6- _ | | | | _ | _ | _ _ _ , |
| | | | | | | |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3 | 378-1000 / Emitido em 22/03/2024 / Empresa / Titular: | VERA LUCIA PAGANI DE SOUZA | | | | |
| Tololollo Collitatado. (10/0 | 770 1000 / Elillida dili 22/00/2021 / Elilpioda / Ficalai. | VERW EDDING MAI DE DODEN | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | | 28 - Assinatura do | Responsável pela Autorização | | |
| | | | | | | |