

90221726



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da	Guia Atribu	uído pela Operadora 90221726									
4 - Data da Autorização	5 - Senha	5 - Senha			6 - Data de Validade da Senha							
17/02/2023 09:	55	11		21726	11		23					
Dados do Beneficiário						11		_				
7 - Numero da Carteira 9700020008262041			8 - Validade da Carteira 29/02/2024			9 - Atendimento de RN						
10 - Nome						11 - Cartão Nacional de Saúde						
LUCIANA DE SOUZA I								703403462	606900			
Dados do Contratado Solicitanto 12 - Código na Operadora	Э	13 - 1	Nome do Contratado									
78.613.841/0001-61			ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA									
14 - Nome do Profissional Solicitante LUCAS DA FONSECA BORGHI						11		16 - Número 26921	do Conselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Local Solic									1	'		
19 - Código na Operadora / CN	PJ		e do Hospital / Local Sol		DENEEICE	NTE DE LON	DDINA		11	-	a Internação	
78.613.841/0001-61	OO. Tire de la		SOCIACAO EVANGELICA BENEFICEI						13/03/2023 00:00 de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico			
22 - Carater de Atendimento 1			24 - Regime de internação		25 - Qtde. diárias Solicitadas		26 - Previsão de uso de OPME N		PME 27 - P	N		
28 - Indicação Clínica videoartroscopia joelho dire		<u>.</u>										
29-CID10 Principal (opcional) 30-CID10(2) (opcional) 31-CID10(3) (opcional) 32-CID10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença re						ıça relaciona	da)					
							9					
Procedimentos ou Itens Assiste												
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30733065	Procedimento		- Descrição EPARO OU SUTU	IRA DE	IIM MENI	SCO - PROCI	EDIMENT	TO VIDEOA	TROSC		Solic. 38 - Qtde. Aut.	
2- 22 30733049			STEOCONDROPL								1	
3- 22 30733014			NOVECTOMIA TO			•					1	
4- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1												
5- 18 60024151		. AL	.UGUELTAXA DE	E APAF	RELHO / E	QUIPAMENT	PARA	ARTROSCO	PIA PAR	1	1	
6-		_ _ _ _ _										
Dados da autorização			1									
39 - Data provável da Admissão	hospitalar	40 - Qtde	† †	41 - Tipo 1	de acomodaçã	io autorizada						
42 - Código na Operadora / CN 78.613.841/0001-61	·							44 - Código CNES 2550792				
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 84210907987 em 17/02/2023 /01 EQUIPO 4 VIAS - pago em conta hospitalar 01 CAPA- incluso em taxa//AUTORIZAD												
O CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFEDERACAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
11 1 1/1 1 1/1 1 1	1 111				11							



90221726



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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	а	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora			
343269		90221726		90221726	17/02/2023 09:55	90221726			
Dados do Beneficiário									
7 - Numero da Carteira		8 - Nome							
9700020008262041		LUCIANA DE SOUZA	FREITAS						
Dados do Profissional Solicitant	e								
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	11	1 - E-mail				
LUCAS DA FONSECA	BORGHI								
Dados da cirurgia				,					
12 - Justificativa técnica paciente com sinal do ligamento cruzado, com efusao sinovial, intra articular com lesao condral patelofemoroal com rup de menisco lateral e derrame articular no joelho direito videoartroscopia joelho direito 01 EQUIPO 4 VIAS - pago em conta hospitalar 01 CAPA- incluso em taxa//AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do It	em 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - 0	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	licitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do mater		Dosoniquo	22 - Referência do material no fa			23 - Nº Autorização de Funcionamento			
1- 00 00590045	LA	MINA PARA SHAVER S	ETORMED - 001030306	_ 1	,	1			
80777280006		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESORT		i i i i i i				
2- 00 00110116	CA	NETA PARA ABLACAO	RF CAP SH 90 200	1	1 1 1 1 1				
80743230025		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESORT						
3-			1111111						
	,,,,,,,,	 		_					
4-	_,,,,,,, 	'	<u> </u>						
	,,,,,,,,	 		_					
5-	_,,,,,, 	'	<u> </u>						
		1							
6-	_,,,_ 	•	· - · - · - · - · - · - · - · - · - · -						
	,,, _	 		 	,, 				
24 - Especificação do material									
25 - Observações / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 84210907987 em 17/02/2023 /01 EQUIPO 4 VIAS - pago em conta hospitalar 01 CAPA- incluso em taxa//AUTORIZAD O CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFEDERACAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS									
O COMI ONIVIL UNIVILID DE ONIGENI / EIIIPIESA / TILLIAI. UNIVIED DO ESTADO DE SAO FAULO CONFEDERACAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	fissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				
	_								