

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90343482

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia	Atribuído	pela Opera	dora								
343269				90343482									
4 - Data da Autorização 02/03/2023 11:13		94	90343482 6 - Data de Validade da			Senha 705/2023							
Dados do Beneficiário	, 11.13		91	0343402		17/	03/2023						
7 - Número da Carteira				8 - Val	idade da Cartei	ira	9 -	Atendiment	o de RN				
0370000019087791							N N						
50 - Nome Social													
10 - Nome MARILENE CHUBACI													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado													
78.613.841/0001-61			ASS	ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDR						INA			
14 - Nome do Profissiona							15 - Conselho Profissional			16 - Número do Conselho		17 - UF	18 - Código CBO
RAFAEL MAURICI				~			06			28806		41	225270
Dados do Hospital / Lo				•	I / Local Solicita	ado					21 - Data	a sugerida n	ara Internação
78.613.841/0001-61					VANGELIC		FICENTE	DE LON	DRINA		11	2023 00:0	-
22 - Caráter do Atendimer	ito 23 -	Tipo de Inte	rnação	24 - Regim	e de Internação	25 - Q	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OF	PME 27 -	Previsão de i	uso de Quimioterápico
1		С			1		1			S			N
28 - Indicação Clínica LESAO LIGAMENTAR													
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			0(2) (opc	(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			oença relacionada)
Procedimentos ou Iten	s Assiste	L nciais Solid	citados										
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307340 2- 22 307340 3- 18 600003 4- 18 600005	45 53 84	cedimento	OS RE DIA	CONSTRI ARIA DE A		ENCIONA ANTE CO	MENTO (M REFEI	OU REFO	RCO D	O E OU PLAST E LIGAMENTO A	IA (E 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 2 1 1
5- 18 600241			AL	UGUELTA	XA DE APA	RELHO	/ EQUIPA	MENTO P	PARA A	RTROSCOPIA	PAR 1		1
6-											- -		
Dados da autorização			40 0::	Didolo de la		14 T' '	A = 2	a					
39 - Data provável da Ac	lmissão ho	ospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto 1	- 11	11 - Tipo de 1 2	Acomodaç	ão autoriza	da				
43 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61 43 - Nome do Hospital / Loca ASSOCIACAO EVANO						al Autorizado GELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 44 - Código CNES 2550792							
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 02/03/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável 149 - Assinatura do Responsável 14													



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	iciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuíd	o pela Operadora
343269		90343482		90343482	02/03/2023 11:13		90343482
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0370000019087791							
8 - Nome							
MARILENE CHUBACI							
Dados do Profissional Solic	itante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone		11 - E-mail		
RAFAEL MAURICIO BI	ELETATO						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica LESAO LIGAMENTAR LESAO LIGAMENTAR AUTORIZADO CONFORMI	E UNIMED DE ORIGEM						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição			de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00162477		22 - Referência do mater	O AMC F 2,9X5,5MM 891710000	23 - Nº Autorizaça	o de Funcionamento		
80356130052	CA		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO			_ 1	_ _ , _
2-		AKTINOM COMENC	NO DE IMI EANTEGORTOT EDICO		 	_	,
-	_ _ _ _ _						I—I—I—I ¹ I—I—I
3-		111111		 	 	,, 	,
4- _	_ _ _				,	_	_ _ , _
			 _ _ _ _ _ _ _ _ 		_	_ _	
5- _	_ _ _			_ _	_ ,	_	_ _ , _
			_ _ _ _		_ _	_ _	
6-	_ _ _				<u> </u>	_	_ ,
			<u> </u>			<u>_l_l</u>	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3	3378-1000 / Emitido em 02/	03/2023 /AUTORIZADO CON	NFORME UNIMED DE ORIGEM / EI	mpresa / Titular: UNIMED RIO COC	PERATIVA DE TRABALHO MEDI	CO DO RIO DE JANEIRO I	LTDA
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura o	do Responsável pela Autorização		