

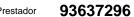
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93637296

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N	úmero da Guia A	Atribuído pela Ope	radora			٦					
343269					93637296	5					
4 - Data da Autorização 04/01/2024 10:	5 - Senha	93637296	6 - Data de Valida	ade da Senha 04/03/2024							
Dados do Beneficiário		0000120		0 1/00/202 1	J						
7 - Número da Carteira											
9941948268268005 N											
50 - Nome Social											
10 - Nome ANDERSON KALED DE ALMEIDA											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61		13 - Nome do	Contratado CAO EVANGELIO	CA BENEFICE	NTE DE LOND	RINA					
14 - Nome do Profissional Soli				15 - Con:	selho Profissional	16 - Número do C	onselho 17 - UF	18 - Código CBO			
ALEXANDRE RIBEIRA				06		28281	41	225270			
Dados do Hospital / Local S 19 - Código na Operadora / CN		,	oital / Local Solicitado				21 - Data sugerida	nara Internação			
78.613.841/0001-61	11		EVANGELICA E		DE LONDRIN	A	10/01/2024 00:				
22 - Caráter do Atendimento 2	23 - Tipo de Interr	nação 24 - Reg	ime de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26 - I	Previsão de uso de OP	ME 27 - Previsão de	e uso de Quimioterápico			
28 - Indicação Clínica VIDEOARTROSCOPIA DE	IOTI IIO ESOL	IEDDO									
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (d		(2) (opcional)	cional) 31 - CID 10(3) (opcional)		10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	Acidente (acidente ou 9	doença relacionada)			
Procedimentos ou Itens Ass							07. 011. 0	15 00 00 h A			
1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 98 09011200	Procedimento	OSTEOCO PCT ARTR	DU SUTURA DE U NDROPLASTIA - OSCOPIA DE JO	ESTABILIZAO ELHO -APT	AO, RESSECC	TO VIDEOARTRO AO E/OU PLASTI	A # 1 1	1 1 1			
4- 18 60024151 5-			TAXA DE APARE				PAR 1	1 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissã	o hospitalar 4	0 - Qtde Diárias A	utorizadas 41 -	Tipo de Acomoda	ção autorizada						
		1	12								
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								44 - Código CNES 2550792			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 04/01/2024 / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 93637296 4 - Se		- Senha 93637296		5 - Data da Autorização 04/01/2024 10:39	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 9363729				
Dados do Beneficiário		***************************************			0 1/0 1/202 1 10100	3333.23				
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
9941948268268005										
8 - Nome										
ANDERSON KALED DE	ALMEIDA									
Dados do Profissional Solici	ante									
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1.	1 - E-mail					
ALEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA									
Dados da cirurgia										
PACIENTE COM DOR EM . VIDEOARTROSCOPIA DE .		ORA PROGRESSIVA DA ALC	GIA, ROTURA DE MENISCO MEDIAL COM \"FLAP	N". ENCAMINHO P/TR	ATAMENTO CIRURGICO COM U	JRGÊNCIA DEVIDO BLOQUEIO ARTICULAR .				
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizad				
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
1- 00 00116700	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	_ 1	_ ,	_ 1				
80743230025	DIC		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
2- 00 78898676 80044680449	סוט		O DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ ,	_ 3 _ ,				
3- 00 100066879	CAI		RT HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	_ _ _ _ 		1				
81288540024	OA!		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ '				
4-	- - - - - - - - - - - - - - - -									
6- _					_ _ _ ,	_				
	_		 _ _ _ _ 		_ _ _ _ _	_ _				
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 04/01/2024 / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A										
Telefone Contratado: (43)3	378-1000 / Emitido em 04/	01/2024 / Empresa / Titular: t	JNIMED SEGURADORA S/A							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					