

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92380209

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da G	iuia Atribuíd	do pela Opera	adora							
343269	1,			7.1			80209				
4 - Data da Autorização 30/08/2023	14:37 5 - Se		92380209	6 - Data de Valid		nha 1/2023					
Dados do Beneficiário			1								
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 0320000084356693						9 - Atendimen					
50 - Nome Social											
10 - Nome KAWAN GUILHERME PEREIRA											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora	ì	- 11	- Nome do C								
78.613.841/0001-61		AS	SSOCIAC	AO EVANGELI		EFICENTE DE I					
14 - Nome do Profissional Solicitante  LUCAS DA FONSECA BORGHI					- 11	5 - Conselho Profiss	sional	16 - Número do Co <b>26921</b>	onselho	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Lo	cal Solicitado / I	Dados da Ir	nternação								
19 - Código na Operadora / CNPJ   20 - Nome do Hospital / Local Solicitado   21 - Data sugerida para Interestado   28.613.841/0001-61   ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA   26/09/2023 00:00									-		
22 - Caráter do Atendiment	ti '	Internação	24 - Regin	ne de Internação	25 - Qtde	e. Diárias Solicitadas	26 - Pro	evisão de uso de OP	ME 27 - F		so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica VIDEOARTROSCOPIA	JOELHO DIRE	ITO	<u> </u>				<u> </u>				
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										0.1.0.	
34 - Tabela 35 - Códi 1- 22 307311: 2- 22 307330: 3- 22 307330: 4- 22 307330: 5- 18 600008: 6- 18 600241: 7-   _     8-  _ _   _   _  9-	65 03 49 05	TI R IN O D	EPARO O ISTABILID ISTEOCON IARIA DE	TIA / ENXERTO U SUTURA DE PADE FEMORO IDROPLASTIA QUARTO COL	UM MEN -PATELA - ESTAB ETIVO D	IDAO - TRATAM ISCO - PROCED AR, RELEASE LA ILIZACAO, RES E 2 LEITOS CON EQUIPAMENTO I	OIMENTO ATERAL SECCAO M BANH	O VIDEOARTRO - DA PATELA, R O E/OU PLASTI IEIRO PRIVATIV	1 PSC 1 RET 1 A # 1	- Qtde. Solic	. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1  1  1  1
10-      11-      12- _	_ _ _ _ _ _ _ _	    							_  _  _	-   -   -	_ _ _   _ _ _
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adi	nissão hospitalai	40 - Qtd	le Diárias Au	torizadas 41	- Tipo de A	comodação autoriza	ada				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local				•		EEICENTE DE 1		INIA		- 11	44 - Código CNES
ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA   2550792     45 - Observação / Justificativa											
46 - Data da Solicitação	47	<ul> <li>Assinatura</li> </ul>	a do Profissio	nal Solicitante	48 - Assina	tura do Beneficiário	ou Respo	onsável   49 - Ass	inatura do	Responsáve	I pela Autorização



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

Unimed &

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha	<b>!!</b>			o pela Operadora		
343269		92380209		92380209	30/08/2023 14:37		92380209		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0320000084356693									
8 - Nome									
KAWAN GUILHERME	PEREIRA								
Dados do Profissional Solid	citante								
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	11	- E-mail				
LUCAS DA FONSECA	BORGHI								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica									
paciente com edema da me VIDEOARTROSCOPIA JO	edula ossea do condilo fem ELHO DIREITO	oral do joelho direito							
AUTORIZADA CONFORM									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do 21 - Registro ANVISA do Mat		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricanto	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 3	20 - Valor Unitário Autorizado		
1- <b>00 00116700</b>			PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	I I 1		1	,		
80743230025	OA!		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	' 		_l '			
2- 00 00590045	ΙΔN	MINA PARA SHAVER SET				l 1	_ _ , _		
80777280006	27.0		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		-ı ·	III'II		
3- <b>00</b> 71502718	ANG		ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J			2	_ _ , _		
80044680086			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. <u></u> ,			1		
4- 00 00597007	PAF	RAFUSO INTERFERENCIA	A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	1		_  1	_ ,		
80044680085		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
5-   _					_	_	,		
	_ _ _				_	_ _			
6-   _    _					_	_	,		
						_ _			
24 - Especificação do Materia	ıl								
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 30/08/2023 /AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				
	11			11					