

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91799526

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 -   | Número da Guia    | Atribuído pe                              | ela Operador  | а  |  |   | 7   |  |                                    |  |
|--|-------------------|---|---|--|--|---|---|--|------------------------------------|--|
| 343269   |                   | , p.                                      | ola Opolado.  |  |  | 91799526  |   |  |                                    |  |
| 4 - Data da Autorização<br>07/07/2023 17:  | 5 - Senha         | 917                                       | 7 <b>99526</b> 6  | - Data de Validade da<br><b>05</b>   | Senha<br>5/09/2023   |   |   |  |                                    |  |
| Dados do Beneficiário  |                   |   |   |  |  |   |   |  |                                    |  |
| 7 - Número da Carteira   |                   |   | 8 - Valida  | de da Carteira   | 9 - 4  | Atendimento de RN   | ٧   |  |                                    |  |
| 0050000036008730   |                   |   | 05/09/2   | 023  |  | N   |   |  |                                    |  |
| 50 - Nome Social   |                   |   |   |  |  |   |   |  |                                    |  |
| 10 - Nome MATHEUS CAMPOS MUNHOZ  |                   |   |   |  |  |   |   |  |                                    |  |
| Dados do Contratado Solic  | itante            |   |   |  |  |   |   |  |                                    |  |
| 12 - Código na Operadora   |                   | 13 - No                                   | ome do Contr  | atado  |  |   |   |  |                                    |  |
| 10.246.214/0001-04   |                   | UNIO                                      | RT E ORT  | OPEDIA ESPEC   | IALIZADA   | LTDA  |   |  |                                    |  |
| 14 - Nome do Profissional So JOAO PAULO FERNA  |                   | REIRO                                     |   | 15 - Conselho Profissional <b>06</b>   |  |   | 16 - Número do Co<br>28617  | onselho 17 - UF<br><b>41</b>   | 18 - Código CBO<br><b>225270</b>   |  |
| Dados do Hospital / Local S  | Solicitado / Dade | os da Inter                               | nação   |  |  |   | -I L  |  |                                    |  |
| 19 - Código na Operadora / C   | NPJ 2             | 20 - Nome o                               | do Hospital /   | Local Solicitado   |  |   | 1   | 21 - Data sugerida   | para Internação                    |  |
| 10.246.214/0001-04   |                   | UNIORT                                    | E ORTOP   | EDIA ESPECIALI   | ZADA LTI   | DA  |   | 12/07/2023 00  | :00                                |  |
| 22 - Caráter do Atendimento  1   | 23 - Tipo de Inte | rnação 2                                  | 24 - Regime de  | e Internação 25 - 0  | Qtde. Diárias S<br><b>1</b>                                    | Solicitadas 26 - F  | Previsão de uso de OP   | ME 27 - Previsão d   | e uso de Quimioterápico            |  |
| 28 - Indicação Clínica   |                   |   |   | I L  |  |   |   |  |                                    |  |
|  |                   |   |   |  |  |   |   |  |                                    |  |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (op  |                   | 0(2) (opcior                              | cional) 31 - CID 10(3) (opcional)   |  | 32 - CID 1   | 10(4) (opcional)  | 33 - Indicação de A   | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b> |                                    |  |
| Procedimentos ou Itens As  | sistenciais Solid | citados                                   |   |  |  |   |   |  |                                    |  |
| 34 - Tabela         35 - Código d           1- 22         30726190           2- 22         30733065           3- 22         30733073           4- 22         30731216           5- 18         60000805           6- 18         60024151           7- | o Procedimento    | LESG<br>REP<br>REC<br>TRAI<br>DIAF<br>ALU | ARO OU S<br>ONSTRUC<br>NSPOSICA<br>RIA DE QU<br>GUELTAX   | MENTARES PERII UTURA DE UM M AO, RETENCIONA AO DE MAIS DE 1 IARTO COLETIVO A DE APARELHO | ENISCO - I<br>AMENTO C<br>TENDAO -<br>) DE 2 LEIT<br>/ EQUIPAN | PROCEDIMENT<br>DU REFORCO I<br>TRATAMENTO<br>TOS COM BANI<br>MENTO PARA | TO VIDEOARTRO<br>DO LIGAMENTO<br>D CIRURGICO<br>HEIRO PRIVATIV<br>ARTROSCOPIA F | OSC 2<br>CR 1<br>2   | olic. 38 - Qtde. Aut.  1 2 1 2 1 1 |  |
|  |                   |   | 1   | 1  |  |   |   |  |                                    |  |
| 1 '  |                   |   | 3 - Nome do Hospital / Local Autorizado  44 - Código CN  JNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  6528104 |  |  |   |   |  |                                    |  |
| 45 - Observação / Justificativa<br>Telefone Contratado: (43)3  | 3372-0900 / Em    | itido em 07                               | 7/07/2023 /   | Empresa / Titular: Ol  | RDEM DOS   | ADVOGADOS B   |   |  | ável pela Autorização              |  |



Unimed A

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

| 4 - Decision ANO  | 0 N/ Is 0 is Defense                               | 2.1.                   | [4, 0; d]                              |  | 16 800 10 400 10 70                     | 0. 11/11/11/11/11         | (1,), 0,, 1,                      |  |  |  |  |  |
|---|--|------------------------|--|--|---|---------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|
| 1 - Registro ANS  | 3 - Número da Guia Referen                         | 1                      | 4 - Senha                              | 04700500                                   | 1 11                                    |                           | atribuído pela Operadora          |  |  |  |  |  |
| 343269  |  | 91799526               |  | 91799526                                   | 07/07/2023 17:04                        |                           | 91799526                          |  |  |  |  |  |
| Dados do Beneficiário   |  |                        |  |  |   |                           |                                   |  |  |  |  |  |
| 7 - Número da Carteira  |  | 29 - Nome Social       |  |  |   |                           |                                   |  |  |  |  |  |
| 0050000036008730  |  |                        |  |  |   |                           |                                   |  |  |  |  |  |
| 8 - Nome  |  |                        |  |  |   |                           |                                   |  |  |  |  |  |
| MATHEUS CAMPOS N  | UNHOZ  |                        |  |  |   |                           |                                   |  |  |  |  |  |
| Dados do Profissional Solicitante   |  |                        |  |  |   |                           |                                   |  |  |  |  |  |
| 9 - Nome do profissional solic  |  |                        | 10 - Telefone                          | 1  | 1 - E-mail                              |                           |                                   |  |  |  |  |  |
| JOAO PAULO FERNA  | NDES GUERREIRO                                     |                        |  |  |   |                           |                                   |  |  |  |  |  |
| Dados da cirurgia   |  |                        |  |  |   |                           |                                   |  |  |  |  |  |
| 12 - Justificativa técnica<br>LESAO DO LCA + LAL + N<br>LESAO DO LCA LAL MEN  |  |                        |  |  |   |                           |                                   |  |  |  |  |  |
| OPME Solicitadas  |  |                        |  |  |   |                           |                                   |  |  |  |  |  |
| 13 - Tabela 14 - Código do  |  | Descrição              |  |  | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | itado 19 - Qtde. Autoriza | da 20 - Valor Unitário Autorizado |  |  |  |  |  |
|   | - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do m |                        |  | 23 - Nº Autorização de Funcionamento       |   |                           |                                   |  |  |  |  |  |
|   | 00590045 LAMINA PARA SHAVER SET                    |                        |  | _  1                                       | ,                                       | _  1                      | ,                                 |  |  |  |  |  |
| 80777280006   |  |                        | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA        |  |   |                           |                                   |  |  |  |  |  |
| 2- <b>00 00597007 80044680085</b>   |  |                        | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA        | _  |   | _  1                      | IIII,II                           |  |  |  |  |  |
| 3- <b>00</b> 71502718   |  |                        | ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J    |  |   | 1 1                       |                                   |  |  |  |  |  |
| 80044680086   |  |                        | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA        |  |   | _  1                      | IIII,II                           |  |  |  |  |  |
| 4- 00 70627657  | DI /   |                        | A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA  |  |   | 1 1                       |                                   |  |  |  |  |  |
| 10208610040   |  |                        | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA        | <u>                                   </u> |   | _  1                      | IIIII                             |  |  |  |  |  |
| 5- <b>00 78898676</b>   | nis  |                        | AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D |  |   | _  3                      | _ _ _ ,                           |  |  |  |  |  |
| 80044680449   | Dio  |                        | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA        | <u> </u>                                   | 1   1  1  1  1                          | _1 •                      | IIII'III                          |  |  |  |  |  |
| 6- 00 00116700  | CAI  |                        | PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200       |  |   | 1                         | ,                                 |  |  |  |  |  |
| 80743230025   | <b>.</b>   |                        | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA        |  |   | -ı ·                      | 1-1-1-1-171-1-1                   |  |  |  |  |  |
| 24 - Especificação do Materia   |  |                        |  |  |   |                           |                                   |  |  |  |  |  |
| 25 - Observação / Justificativa Telefono Contratedo: (43)3373 0000 / Emitido em 07/07/0003 / Emercos / Titulor: ORDEM DOS ADVOCADOS REACH, SURSECAD DE LONDRINA |  |                        |  |  |   |                           |                                   |  |  |  |  |  |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/07/2023 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA                                 |  |                        |  |  |   |                           |                                   |  |  |  |  |  |
|   |  |                        |  |  |   |                           |                                   |  |  |  |  |  |
| 26 - Data da Solicitação  | 27 - Assinatura do Pro                             | ofissional Solicitante |  | 28 - Assinatura de                         | o Responsável pela Autorização          |                           |                                   |  |  |  |  |  |