

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90374826

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núme	ero da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora		9037	4826				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Vali	idade da Senha	¬	4020				
06/03/2023	3 09:30		90374826	11	05/05/202	3					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Va	alidade da Carteira	a [9	- Atendimento	de RN				
0050000002212520)		01/0	2/2024		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome DIONISIO CHILEZI	≣										
Dados do Contratado	Solicitante	Э									
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C		SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profission			IRA		15 - Col	15 - Conselho Profissional 16 - Número do C 19475			onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	ocal Solici	tado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operado		11		tal / Local Solicitad					1		para Internação
10.246.214/0001-04	4	UN	IIORT E ORT	OPEDIA ESPE	ECIALIZADA L	TDA			10/03/2	2023 00:0	00
22 - Caráter do Atendimer 1	nto 23 -	Tipo de Interna	ção 24 - Regin	ne de Internação	25 - Qtde. Diária		26 - Pr	evisão de uso de OPI S	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA	=14.41.										
29 - CID 10 Principal (op	ocional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (op:	cional) 32 - Cl	D 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou o	doença relacionada)
			, (4)			- () ()		,		9	
Procedimentos ou Iten											
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307350		cedimento			CEDIMENTO V	IDEOARTR	റെ	PICO DE OMBR		- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 307350								/IDEOARTROSC			1
3- 22 30735 0	84		RESSECCA	O LATERAL D	A CLAVICULA	- PROCEDI	MENT	O VIDEOARTRO	SC 1		1
4- 98 080119					OMBRO - ENF -				1		1
5- 18 600003 6- 18 600008					NTE COM REF			A IEIRO PRIVATIV	2 O 2		2 2
7- 18 600241								RTROSCOPIA F	_		1
8-									_	_ _	
9- _	_ _ _	_								_ _	
10-	_ _ _									_	_ _ _
11- . 12-	 	_ 							- 	_	_
									I-		<u> </u>
Dados da autorização 39 - Data provável da Ad	dmissão ho	ospitalar 40	- Qtde Diárias Au	torizadas 41	- Tipo de Acomod	ação autorizad	la				
,			3	1	.,						
42 - Código na Operado 10.246.214/0001-04		autorizado	t .	Hospital / Local Aut	torizado						44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/03/2023 / Empresa / Titular: DIONISIO CHILEZE											6528104
I PIETODE I OPTRATARA		-0900 / Emitic			SPECIALIZAD						i -
releione Contratado:		-0900 / Emitic			SPECIALIZAD						i -



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

Unimed At Londrina

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 90374826	- Senha 90374826		5 - Data da Autorização 06/03/2023 09:30	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 9037482	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000002212520		25 Home Goods					
8 - Nome							
DIONISIO CHILEZE							
Dados do Profissional Solid	citante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	11	- E-mail		
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM INDICAÇAO CLINICA EM							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do	Material 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mat		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 78890578	ANG		LICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - A	3	,	_ 3	_ _ , _
80083650087		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_		
2- 00 00590045	LAN	MINA PARA SHAVER SET	ORMED - 001030306	2	,	_ 2	,
80777280006		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_		
3- 00 00116700	CAN	NETA ABLACAO RF STRI	PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1	,	_ 1	_ _ , _
80743230025		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_		
4- 00 70917540	CAN	NULA PARA ARTROSCOF	PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO	<u> </u> 1	,	_ 1	,
80777280003		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5- 00 00596221	GUI	A FLEXIVEL PASSADOR	SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M	1	_ _ _ ,	_ 1	_,
80743230002		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
6- _					_	_	
24 - Especificação do Materia	ıl						
25 - Observação / Justificativa							
, ,		03/2023 / Empresa / Titular: I	DIONISIO CHILEZE	20. Againgtura do	Doggogońych pele Autorizoosie		
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante					Responsável pela Autorização		