

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91763149

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Ai	tribuído pela Operadora										
343269			91763149								
4 - Data da Autorização 5 - Senha 05/07/2023 10:46	91763149 6 - Data de V	alidade da Senha 03/09/2023									
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carte	ira 9 -	Atendimento de RN								
0050000014954950	19/04/2025		N								
50 - Nome Social											
10 - Nome ALEX CLEMENTE BOTELHO											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA	ESPECIALIZAD <i>A</i>	LTDA								
14 - Nome do Profissional Solicitante ROBERTO GRANGE GASPARELLI			15 - Conselho Profissional 16 - Número do C 32428			- 11	18 - Código CBO 225270				
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados	s da Internação										
19 - Código na Operadora / CNPJ) - Nome do Hospital / Local Solicit		DA		21 - Data si	-	ra Internação				
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Intern	ação 24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26 - Pre	evisão de uso de OP	ME 27 - Pre		o de Quimioterápico				
28 - Indicação Clínica											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10((2) (opcional) 31 - CID 10(3) (c	opcional) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	cidente (acid	ente ou do	ença relacionada)				
					9						
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicit 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento	ados 36 - Descrição				27 (Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut.				
1- 22 30733049 2- 22 30733073 3- 22 30731216 4- 18 60000805 5- 18 60024151 6-	OSTEOCONDROPLASTI RECONSTRUCAO, RETI TRANSPOSICAO DE MA DIARIA DE QUARTO CO ALUGUELTAXA DE APA	ENCIONAMENTO AIS DE 1 TENDAO DLETIVO DE 2 LEI	OU REFORCO DO - TRATAMENTO TOS COM BANH	O LIGAMENTO CIRURGICO EIRO PRIVATIV	A # 1 CR 1 1 'O 1	_ _	1 1 1 1 1				
8-					 	_ _ _ _ _ _					
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40	11	41 - Tipo de Acomodad 1	ão autorizada								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04	43 - Nome do Hospital / Local A UNIORT E ORTOPEDIA		LTDA			- 11	4 - Código CNES 5528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emiti 46 - Data da Solicitação 47 - Assir	ido em 05/07/2023 / Empresa /		S ADVOGADOS BR				pela Autorização				



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha		4 - Senha	ha		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		91763149		91763149	05/07/2023 10:46	9	91763149	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29	9 - Nome Social						
0050000014954950								
8 - Nome								
ALEX CLEMENTE BOT	ELHO							
Dados do Profissional Solid	itante							
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail			
ROBERTO GRANGE GASPARELLI								
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica	DIDEITO							
LESAO DO LCA JOELHO LESAO DO LCA JOELHO								
							•	
ODME Collected on								
OPME Solicitadas 13 - Tabela 14 - Código do	Material 15 - De:	a paria ã a		16 Opaña 17 Otde	o Colicitado 10 Valor Unitário Coli	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário	Autorizada	
21 - Registro ANVISA do Mate		escrição 22 - Referência do mater	ial no fabricante	23 - Nº Autorização		citado 19 - Qide. Autorizada 20 - Valor Oriitario	Autorizado	
1- 00 00590045	LAMIN	NA PARA SHAVER SET		<u> 1</u>	_ _ _ ,	_ 1 <u> </u> ,	,	
80777280006		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	· .				
2- 00 70627657	PLAC	A ENDOBOTTON PARA	LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA	<u> _</u> 1	, ,	_ 1 <u> </u> ,	, _	
10208610040		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _				
3- 00 00597007	PARA		REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	<u> </u> 1	,	_ 1 <u> </u> ,	·	
80044680085		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _				
4-					_ _ _ , _	_	,	
			_ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _		
5- _					_ _ _ _ _ ,		·	
	_ _ _				_!_!_!_!_!_!_!			
6- _	_ _ _				_	_	·III	
24 - Especificação do Materia								
25 - Observação / Justificativa								
Zo - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/07/2023 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA								
		•						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profis	ssional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização			
	II.							