

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95411237

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Gui	a Atribuído p	ela Opera	dora									
1 - Registro ANS 343269 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora						9541 ⁻	1237						
4 - Data da Autorização	5 - Senh		444227	6 - Data de Val									
10/06/2024 18	:45	954	411237		09/0	8/2024							
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN													
0050000014980714 30/04/2025							N						
50 - Nome Social													
10 - Nome	I MEIDA MA	CHADO											
MARCIO MERANCA ALMEIDA MACHADO Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora	Sitarite	13 - N	lome do Co	ontratado									
10.246.214/0001-04		UNIC	ORT E O	RTOPEDIA E	ESPECIA	LIZADA	LTDA						
14 - Nome do Profissional So	olicitante					15 - Cons	elho Profissio	nal	16 - Núme	ero do Con	selho	17 - UF	18 - Código CBO
MARCUS VINICIUS D					[06			18734			41	225270
Dados do Hospital / Local				1/1 10 11 11									
19 - Código na Operadora / (10.246.214/0001-04	JNPJ	1		I / Local Solicitad PEDIA ESPI		ADA LT	DA			- 11		sugerida p 2 024 00:0	ara Internação
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de In	L		e de Internação					evisão de us			Previsão de uso de Quimioterápico	
1	С	,	Ü	1		1			S		li		N
28 - Indicação Clínica	<u> </u>												
LESÃO OSTEOCONDRAI	L L WENIOUAL	DE JOELI	IO LOQU	DENDO									
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID	10(2) (opcio	nal) 3	1 - CID 10(3) (op	ocional)	32 - CID	10(4) (opcion	al)	33 - Indicaç	ão de Acid		cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens A	scietonciais So	licitados											
34 - Tabela 35 - Código			Descrição								37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30733065		REP		J SUTURA DE									1
2- 22 30733049				DROPLASTIA			AO, RESSI	ECCA	O E/OU P	LASTIA			1
3- 18 60000554 4- 18 60024151				APARTAMEN XXA DE APAF			MENTO PA	ARA A	RTROSC	OPIA PA	1 R 1		1
5-	_ _ _	_									_ _		
6- _	_ _ _ _	_l									_ _		_
7-	_ _ _ _	-									_		
8-	_ _ _ _	_									_	-ll l	
10-	 	-! -i									_	-11 -[]	
11-	_i_i_i_i_	i									_ i_	<u>_iii</u>	i_i_i_i
12-	_ _ _ _										_		
Dados da autorização													
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde D	Diárias Auto 1	orizadas 41		Acomodaç	ão autorizada	a					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECI						LIZADA	LTDA						44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/06/2024 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA													
(10,55. 2 0000 / Emilion / Holar Ordern 500 / 10 000 Elvino 500 / 10 000 Elvino 500 Elvi													
46 - Data da Solicitação	47 - A	ssinatura do	Profission	al Solicitante	48 - Assina	atura do E	eneficiário ou	ı Respo	nsável	49 - Assina	atura do	Responsáv	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

· ·	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269	95411237		95411237	10/06/2024 18:45		95411237		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
0050000014980714								
8 - Nome	·							
MARCIO MERANCA AI	MEIDA MACHADO							
Dados do Profissional Solic	tante							
9 - Nome do profissional solici		10 - Telefone	1	1 - E-mail				
MARCUS VINICIUS DA	NIELI							
Dados da cirurgia								
	E MENISCAL DE JOELHO ESQUERDO E MENISCAL DE JOELHO ESQUERDO							
LEGAC COT LOCONDINAL	E WENTOOKE DE JOEENO ESQUENDO							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do I	Material 15 - Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		erial no fabricante	23 - Nº Autorização					
1- 100066879		ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	<u> </u> 1	_ _ _ ,	_ 1	_ _ ,		
81288540024		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
2- 00 78898676 80044680449		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D			_ 3	_ _ , _		
2	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLIDA		_ _ _ _	_	,		
	- - - - - - -				-l			
4-						,		
					_,	1-1-1-1-1/1-1-1		
5-	_ _ _			_ _ _ , _	_	,		
					_ _			
6-				_	_ _	,		
					<u></u>			
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/06/2024 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				
25 Data da Conoliação	2. Additional del Foliasional Collectante		20 / issiliatura ut					