





GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

89924677 (Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número o	da Guia Atribu	uído pela Operadora 89924677								
	115.0		03324011	<u> </u>	0.5.1.1						
4 - Data da Autorização	11	11			6 - Data de Validade da Senha 24/03/2023						
23/01/2023 17:	09	89924677				24/03/20	23				
Dados do Beneficiário 7 - Numero da Carteira			9 Validada da	Cartaira		0 Atondimente	do DNI	_			
0050000060322201			31/12/2024	8 - Validade da Carteira			9 - Atendimento de RN N				
10 - Nome			_					1	acional de Saú	de	
GABRIEL ANTONIO A		FERREIRA	4					707607219	9453791		
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora	9	112	Nome do Contratado								
10.246.214/0001-04		11	IORT E ORTOP		DECIAL IZ	ADA LTDA					
			IONT E ONTO	LDIA LO	JI LOIALIZI			11		11	
14 - Nome do Profissional Solici		1007				15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO					
ALEXANDRE DE OLIV						06		17905		41	225270
Dados do Hospital / Local Solici 19 - Código na Operadora / CNI			e do Hospital / Local S	Solicitado					21 - Data 6	sugarida nat	a Internação
10.246.214/0001-04	J	11	•		~IAI IZADA	LTDA			11	023 00:0	-
			UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA								
22 - Caráter de Atendimento	23 - Tipo de	- 1	·		1		26 - Previs	- Previsão de uso de OPME		· ·	
2	2	4	1 1			N	N N				
28 - Indicação Clínica LESAO DO LCA MENISCO) ADDECE	NITA INICTA		MOVANTN	ITC IOFILIC	DIBEITO					
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID	10(2) (opcion	al) 31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4)	(opcional) 33	- Indicação d	de Acidente (aci	dente ou doen	ça relaciona	da)
Procedimentos ou Itens Assiste	nciais Solicitad	dos									
34 - Tabela 35 - Código do	Procedimento	36.	· Descrição							37 - Otde S	olic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30733065	. 10000		PARO OU SUT	URA DE	UM MENIS	SCO - PROCE	DIMENT	O VIDEOA			1
2- 22 30733030		CC	NDROPLASTI	A (COM I	REMOCAC	DE CORPOS	SLIVRES	S) - PROCE	DIMENT	1	1
3- 22 30733073		RE	CONSTRUCAC	O, RETEN	NCIONAME	NTO OU REF	ORCO E	O LIGAME	NTO CR	1	1
4- 22 30731216		TR	ANSPOSICAO	DE MAIS	S DE 1 TEN	IDAO - TRAT	AMENTO	CIRURGIO	o	2	2
5- 18 60000805		DI	ARIA DE QUAF	RTO COL	ETIVO DE	2 LEITOS CO	OM BANI	HEIRO PRI\	/ATIVO	1	1
6- 18 60024151		AL	.UGUELTAXA [DE APAR	RELHO / EG	UIPAMENTO	PARA A	ARTROSCO	PIA PAR	1	1
7-	_										.l _ _ _
8-											
9- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									_ _		
10-											
	_ _ _ _									_ _ _	
12-	_ _ _ _	<u> </u>									-l <u></u> _ _ _
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
42 - Código na Operadora / CN	PJ autorizado	43 -	Nome do Hospital / L	ocal Autoriz	ado						44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESI						ADA LTDA					6528104
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 23/01/2023 / Empresa / Titular: LONDRINA ESPORTE CLUBE 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
	i ill				П						



89924677



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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	a l	4 - Senna		5 - Data da Autorização	6 - Numero da Guia atribuido pela Operadora		
343269		89924677		89924677	23/01/2023 17:09	89924677		
Dados do Beneficiário								
7 - Numero da Carteira		8 - Nome						
0050000060322201		GABRIEL ANTONIO A	UGUSTO FERREIRA					
Dados do Profissional Solicitant	•	CABITIEE AITTONIO A	10000101 ERREIRA					
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	1 11	- E-mail			
ALEXANDRE DE OLIV				11				
	LINA QULINOZ							
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica								
	O APRESENTA INSTARI	ILIDADE PARA MOVIMENT	S - IOEI HO DIREITO					
		IDADE PARA MOVIMENTS						
LEONO DO LON MENTOCK	5 7 11 NEOEM 17 11 10 17 10 12	IDADE I ANOTHIO VIINEIVIO	OCENO BINENO					
†								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do It	em 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - C	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do materi		,	22 - Referência do material no fal			23 - Nº Autorização de Funcionamento		
1- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER SI	ETORMED - 001030306	1	,	_ _ 1		
80777280006		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESORT	1111	1			
2- 00 70627657	PI A		RA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLAC					
10208610040	1 =7			,				
			RCIO DE IMPLANTESORT					
3- 00 00597007	PAI		CIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CABE	1	,	_ _ 1		
80044680085		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		I ₋	_ _ _ _		
4- _	_ _ _ _			_	_ _ ,			
5-	_,,,,, 	•	,,_,_,_,					
	 			- I—I I—I				
	_		IIIIII		!!!!!!!!!!	 -		
6- _				- .				
	_				_			
24 - Especificação do material								
1								
1								
25 - Observações / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 23/01/2023 / Empresa / Titular: LONDRINA ESPORTE CLUBE								
1								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	fissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			
/ /	_							