

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90685944

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia <i>A</i>	Atribuído pela C)peradora			\neg					
343269		·			906859	944					
4 - Data da Autorização 5 - Senha 30/03/2023 17:42 9			6 - Data de \	/alidade da Senha 29/05/20	23						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		i i	- Validade da Carte	eira	9 - Atendimento de	e RN					
0050000060838305					N						
50 - Nome Social											
10 - Nome WELLINGTON MARTINS DOS SANTOS											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		11	do Contratado		D. 1. TD. 4						
10.246.214/0001-04	Patrace	UNIORI	E ORTOPEDIA			1 140 11/11/11	47 45 40 0/5 000				
14 - Nome do Profissional So CARLOS EDUARDO N		11		16 - Número do C 21679	17 - UF 18 - Código CBO 225270						
Dados do Hospital / Local 3		-									
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 31/03/2023 00:00											
22 - Caráter do Atendimento 2	23 - Tipo de Inter	nação 24 - R	Regime de Internação 1	25 - Qtde. Dia	rias Solicitadas 20	6 - Previsão de uso de OP S	ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico				
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM	ANEVO										
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (0(2) (opcional)	cional) 31 - CID 10(3) (opcional)		CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	3 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9				
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solici	itados									
34 - Tabela 35 - Código of	o Procedimento	DIARIA I DIARIA I ALUGUE	RAS - REDUCAC DE ACOMPANH DE QUARTO C ELTAXA DE AP	IANTE COM RE OLETIVO DE 2 ARELHO / EQU	FEICAO COMPI LEITOS COM B PAMENTO PAR	ANHEIRO PRIVATIN	1 1 /O 1 1				
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	0 - Qtde Diárias	s Autorizadas	41 - Tipo de Acom	dação autorizada	1					
42 - Código na Operadora / 0	CNPJ autorizado		do Hospital / Local /	1 Autorizado			44 - Código CNES				
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA					DA LTDA		6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/03/2023 / 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											
46 - Data da Solicitação	47 - Ass	inatura do Profi	issional Solicitante	II 48 - Assinatura	do Beneficiário ou F	Responsável 49 - Ass	sinatura do Responsável pela Autorização				



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

Unimed A

	•					
11	- Número da Guia Referenciada	4 - Senha	11		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269	90685944		90685944	30/03/2023 17:42		90685944
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000060838305						
8 - Nome						
WELLINGTON MARTINS	DOS SANTOS					
Dados do Profissional Solicitar	nte					
9 - Nome do profissional solicitan	nte	10 - Telefone	11	- E-mail		
CARLOS EDUARDO MOT	ГООКА					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANI INDICAÇAO CLINICA EM ANI						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do Mat	terial 15 - Descrição		16 - Opcão 17 - Otde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Otde, Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Materia		rial no fabricante	23 - Nº Autorização			
1- 00 70416451	PARAFUSO CANULADO - MI	M-211.26 PARAFUSO CANULADO ESCAFOI	1	_ _ _ ,	_ 1	_ ,
80163430004	CIRUSIL COM DE IN	MPLANTES ORTOPEDICOS LTDA		_		
2- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET	ORMED - 001030306	1	,	_ 1	,
80777280006	ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_		
3- _	_ _ _			_	_	,
_ _ _ _				_ _ _ _ _	_	
4- _ _	_ _ _			_	_	,
			_ _ _ _	_ _ _ _ _	_	
5- _	_ _ _		_ _ _	_	_	_ ,
				_ _ _ _ _	_	
6- _ _ _				_	_	_ ,
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa	00000 / 5 - '' 00/00/0000 / 5 - / 7"	LONDONA FORODTE OLLIDE				
reletone Contratado: (43)337	2-0900 / Emitido em 30/03/2023 / Empresa / Titular:	LUNDRINA ESPORTE GLUBE				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
•	1.1		11			