

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94064900

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núm	ero da Guia Atr	ribuído pela Opera	adora							
343269	C Ituiii	oro da Gala / ki	inbuido pola Opore	adora		9406	4900				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid		1					
14/02/202			94064900		14/04/2024	ŀ					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000035891656 21/07/2025 N											
50 - Nome Social			21/0	172023		N					1
50 - Nome Social											
10 - Nome											
RENAN MULITER	NO PEL	EGRINO									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-0			13 - Nome do C	Contratado DRTOPEDIA E	SDECIALIZAD	A I TDA					•
14 - Nome do Profission		nte	ONIORIEC	DR TOFEDIA E		selho Profissio	nal I	16 - Número do Co	nealho	17 - UF	18 - Código CBO
GUILHERME JOS			SANA		06			30165		41	225270
Dados do Hospital / L	ocal Solic	itado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operado			-	tal / Local Solicitad	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-0	4	UN	NIORT E ORT	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L	TDA			15/02/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendime	nto 23	- Tipo de Interna	ação 24 - Regin	ne de Internação	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPN	ЛЕ 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
2		С		1	1			S			N
28 - Indicação Clínica LESÃO DO LCA SIN	OVECTO	MIA JOELHO	ESQUERDO								•
29 - CID 10 Principal (o	pcional)	30 - CID 10(2	2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 - Cl	0 10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de A	cidente (ad	cidente ou c	loença relacionada)
. `	ĺ	·		***************************************		,,,,		,	•	9	, ,
Procedimentos ou Ite			ados								
34 - Tabela 35 - Có		ocedimento	36 - Descrição		OU CURTOTA	I DDOCE	DIMEN	TO VIDEO A DED		- Qtde. Soli	_
1- 22 30733 2- 22 30733				VECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROS 1 1 PROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO 1 1							1
3- 22 30733				•			,	O LIGAMENTO			1
4- 22 30731	216		TRANSPOS	SICAO DE MAIS	DE 1 TENDA	- TRATAM	ENTO	CIRURGICO	1		1
5- 18 60000	554			APARTAMENT					1		1
6- 18 60024			ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQUIP	AMENTO P	ARA AI	RTROSCOPIA P	AR 1		1
7- _ _ 8- _ _	 	-lll -l l							-	_lll l l	
9- _	 								 	-!!! 	
10-	 _										
11- _	_ _ _								_	_	
12-	_ _ _								_	_	
Dados da autorização											
39 - Data provável da A	dmissão h	ospitalar 40	- Qtde Diárias Au 1	torizadas 41	- Tipo de Acomod	ação autorizad	а				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado						A I TDA					44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/02/2024 / Empresa / Titular: CLUBE DE ENGENHARIA E ARQUITETURA DE LONDRINA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
Dala da OdiidilaÇat	•	+1 - Maaiii	a.u.u uu 1 10115510	nai concitante	-10 - Assiriatura UC	DOINGHOIGHHO 0	a ivesho		natura UU	, cosponsav	or poia mutorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		94064900		94064900	14/02/2024 16:26		94064900		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000035891656									
8 - Nome									
RENAN MULITERNO P	ELEGRINO								
Dados do Profissional Solici	tante								
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail				
GUILHERME JOSE MIY	ASAKI PIOVESANA								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica									
LESÃO DO LCA + SINOVE LESÃO DO LCA SINOVEC									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do N	laterial 15 -	Descrição		16 - Opcão 17 - Otde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Otde Autorizada	20 - Valor I Initário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate	rial no fabricante	23 - Nº Autorização		niado 15 - Qide. Adionzada 2	20 - Valor Officiallo Actorizado		
1- 00 00597007	PAF	RAFUSO INTERFERENCIA	A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	1	,	_ 1	,		
80044680085		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
2- 00 72320907	DIS		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	_ 1	,	_ 1	_,		
80044680067			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _					
3- 00499293	CAN		AO OB F 2,9X5,5MM 892350000	_ 1	_ _ _ ,	_ 1	_ ,		
80356130052		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
4- _ _ _ _ _ _					_	_	_,		
	_ _ _		_		_ _ _ _	_			
1	_	111111			_	_	,		
	 	IIIIII	-			 _	,		
	- 								
24 - Especificação do Material		111111		1111					
24 Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/02/2024 / Empresa / Titular: CLUBE DE ENGENHARIA E ARQUITETURA DE LONDRINA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				
					,				