

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91916984

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora							
343269						91916	6984				
4 - Data da Autorização 19/07/2023	42.27	5 - Senha	91916984	6 - Data de Valid	dade da Senha 17/09/2023						
Dados do Beneficiário	13:27		91910904		17/09/2023						
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
005000004689091	5		01/1	0/2023		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome MAIRA SAYURI SA	KAY B	ORTOLETT	0								
MAIRA SAYURI SAKAY BORTOLETTO Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado			13 - Nome do C								
10.246.214/0001-04			UNIORTEC	ORTOPEDIA ES			114	0. N/		[47 UE]	[40, 0′, E., 0D0
14 - Nome do Profission MARCUS VINICIUS					06	5 - Conselho Profissional 16 - Número do Conse 16 18734			iseino	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	ocal Solici	itado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operado	ra / CNPJ	11		al / Local Solicitado					21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04	4	UN	NORT E ORT	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L	ΓDA			31/07/2	023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimer	nto 23 -	- Tipo de Interna C	ıção 24 - Regin	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diária	Solicitadas	26 - Previs	são de uso de OPMI	27 - F	Previsão de i	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<u> </u>						IN .
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(2	?) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CII	10(4) (opciona	al) 33	3 - Indicação de Aci	•	cidente ou d 9	oença relacionada)
Procedimentos ou Iter			idos								
34 - Tabela 35 - Cóo		ocedimento	36 - Descrição		EMOCA O DE	20000011	(DEO)	DDOOEDIMEN		- Qtde. Soli	
1- 22 307330 2- 22 307330				•			•	PROCEDIMENTO C			1
3- 22 307312				ICAO DE MAIS					. 1		1
4- 98 080110)46		PCT LIGAM	ENTOPLASTIA	UNIORTE - EN	IF			1		1
5- 98 080110				OSCOPIA DE JO			D A AULIEI	DO DDIVATIVO	1		1
6- 18 600008 7- 18 600241								RO PRIVATIVO TROSCOPIA PA			1
8-	_ _ _								i_	_	
9- _	_								_	_	_ _
10- _										_	_ _ _
11- 12-	 	- 							_ 	- 	_
Dados da autorização		-111								-11	111
39 - Data provável da Ad	dmissão h	ospitalar 40	- Qtde Diárias Au	torizadas 41	- Tipo de Acomoda	ção autorizada	1				
			3	1							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZA						A LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/07/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DO PESSOAL DA UNIVERSIDADE EST DE LONDRINA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
		'' /\		23.1011.01110		_ 55.1014110 04					pola natorização



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	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269	91916984		91916984	19/07/2023 13:27		91916984		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
0050000046890915								
8 - Nome	·							
MAIRA SAYURI SAKA	BORTOLETTO							
Dados do Profissional Solic	tante							
9 - Nome do profissional solici	ante	10 - Telefone	11	1 - E-mail				
MARCUS VINICIUS DA	NIELI							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica								
LESAO DO LCA + CONDR LESAO DO LCA CONDRA								
LEGAO DO LOA CONDINA	L JOLLINO LOQ							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		erial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado		
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET		I I 1		1	,		
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 			1-1-1-1-1/1-1-1		
2- 00 72320907	DISPOSITIVO DE FIXACAO I	DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	<u> </u> 1		_ 1	_ _ , _		
80044680067	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
3- 00 00597007	PARAFUSO INTERFERENCI	A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	<u> _</u> 1	_ _ _ ,	_ 1	_ _ , _		
80044680085	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
4- _				_ _ _ , _	_	_ _ , _		
			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _			
5-				_		,		
				_ _ _ _				
6- _				_	_	_ ,		
					_			
24 - Especificação do Material								
05 01 / 1								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/07/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DO PESSOAL DA UNIVERSIDADE EST DE LONDRINA								
(
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				
			[]					