

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94611993

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núm	ero da Guia Atr	buído pela Opera	adora		9461	1993				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid	dada da Sanha	7	1995				
02/04/2024		5 - Serina	94611993	11	01/06/2024	ı					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	alidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN				
0050000044399300	0		15/0	7/2025		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome THAIS MARIANI D	10 - Nome THAIS MARIANI DA ROCHA										
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-0			13 - Nome do C	Contratado DRTOPEDIA E	SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profission					15 - Cor 06	selho Profissi	onal	16 - Número do Co 28806	nselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo			da Internação					2000			
19 - Código na Operado				tal / Local Solicitad	0			1	21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-0	4	UN	IIORT E ORT	OPEDIA ESPE		TDA			12/04/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimen	nto 23	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regin	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OPI S	ИЕ 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica							-				
29 - CID 10 Principal (op	ocional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 - CII	D 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
										9	
Procedimentos ou Iter 34 - Tabela 35 - Cóo									27	Otdo Soli	c. 38 - Otde. Aut.
1- 22 30734 (ocedimento			REMOCAO DE	CORPOS L	IVRES) - PROCEDIMEI		- Qtae. Soil	c. 38 - Qtde. Aut.
2- 22 307340				•				E LIGAMENTO -			2
3- 18 600008	305		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2 LE	ITOS COM	BANH	IEIRO PRIVATIV	0 1		1
4- 18 600241	151		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQUIP	AMENTO P	ARA A	RTROSCOPIA F	AR 1		1
5-									_ _ _ _ _		
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ad	dmissão h	ospitalar 40	· Qtde Diárias Au 1	torizadas 41	- Tipo de Acomod	ação autorizad	ia				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 02/04/2024 / Empresa / Titular: ULTRAMED UNIDADE DE ULTRASSONOGRAFIA LONDRINA LTDA											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário o	u Respo	onsável 49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	iciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		94611993		94611993	02/04/2024 10:14	94611993		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000044399300								
8 - Nome								
THAIS MARIANI DA RO	OCHA							
Dados do Profissional Solid	itante							
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	11	1 - E-mail			
RAFAEL MAURICIO B	ELETATO							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica								
LESAO LIGAMENTAR TO LESAO LIGAMENTAR TO								
LESAO LIGAWENTAN TO	KNOZLLO							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 00499218 80356130052	CAI		NO AMC F 2,4X4,5MM 891630000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1		
	A N 1				_ _ _			
2- 76221474 10247700123	ANG		SERSOR - GMREIS - 320-475191-PE4 - ANCO CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		,	_ 2		
	A N 1/				_ _ _			
3- 71699392 10208610066	ANG		PEDICA ANCORTEC - 103.00850 ANCORTE CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 2 _ _ , _		
		AKTHROW COWER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLIDA					
4- _	_ _ _							
			- -					
³⁻	_ _ _							
		IIIIII				!! _		
0						_		
24 - Especificação do Materia		<u> </u>	-					
24 - Especificação do Materia								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 02/04/2024 / Empresa / Titular: ULTRAMED UNIDADE DE ULTRASSONOGRAFIA LONDRINA LTDA								
(10)				·				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			