



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número d	a Guia Atribuí	ído pela Operadora 90023874							
4 - Data da Autorização 01/02/2023 09	5 - Sent	na	90023874	6 - Data de Validade da Senha 02/04/2023						
Dados do Beneficiário										
7 - Numero da Carteira 0050000051257192		8 - Validade da Carteira 15/12/2023	9 - Atendimento de RN N							
10 - Nome RODRIGO TEIXEIRA	MENSATO			l t				artão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Solicitant	e									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								
14 - Nome do Profissional Solid					11		16 - Número d 28767	16 - Número do Conselho 17 - UF 28767 41		18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local Solid	itado / Dados d	a Internação								
19 - Código na Operadora / CN 10.246.214/0001-04	PJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida pata Inte UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 10/02/2023 00:00							-	
22 - Caráter de Atendimento	23 - Tipo de I	nternação	24 - Regime de internação	25 - Qtde. d	25 - Qtde. diárias Solicitadas 26 - Previsã			são de uso de OPME 27 - Previsão de uso de		so de Quimioterápico
1	2		1		1	s			N	
28 - Indicação Clínica ruptura atual da cartilagem	~									
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID1	0(2) (opciona	al) 31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4)	(opcional) 33	- Indicação d	e Acidente (acide	nte ou doenç	a relaciona	da)
								9		
Procedimentos ou Itens Assiste	enciais Solicitad	os								
1	Procedimento		Descrição	o de ten	DAO TRATA	MENTO	CIDLIDGIGG			olic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30731119 2- 22 30733049			NOPLASTIA / ENXERT TEOCONDROPLASTIA						1 1	1
3- 22 30733073			CONSTRUCAO, RETEN		•					1
4- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1									1	
5- 18 60024151		AL	UGUELTAXA DE APAR	RELHO / E	QUIPAMENTO	PARA A	RTROSCOP	PIA PAR	1	
6-		<u> </u>							_ 	.
									- _	·
9-	_i_i_i_i_								_	
10-	_ _ _ _	<u> </u>							_ _	_ _ _
	_ _ _								_ _	.
12-		<u> </u>								·I I—I—I—I
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada										
1 1			Nome do Hospital / Local Autoriz ORT E ORTOPEDIA ES	nizado ESPECIALIZADA LTDA						44 - Código CNES 6528104
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04261365944 em 01/02/2023 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização										
_ _ / _ / _ _ _ _	_ _									



90023874

Unimed 11 Londrina

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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	a	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora				
343269		90023874		90023874	01/02/2023 09:30	90023874				
Dados do Beneficiário										
7 - Numero da Carteira		8 - Nome								
0050000051257192	0050000051257192 RODRIGO TEIXEIRA MENSATO									
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	11	1 - E-mail					
MARCO MAKOTO INA	GAKI									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica										
PACIENTE COM DIAGNĀ ³ ruptura atual da cartilagem			NTARES DE CRUZADO ANTERIOR, NECESSIDA DE TR	RATAMENTO CIF	RúRGICO EM JOELHO DIREITO					
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do It	om 15 -	Descrição		16 - Opcão 17 - (Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	licitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do mater		Descrição	22 - Referência do material no fal			23 - Nº Autorização de Funcionamento				
1- 00 72320915	DIS	SPOSITIVO DE FIXACAC	DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC - 90	0 1	1 1 1 1.1					
80044680067			CIO DE IMPLANTESORT	· <u> </u>	-					
2- 00 00590045	ΙΔΙ	MINA PARA SHAVER SI				2				
80777280006	= 7 (,		CIO DE IMPLANTESORT		1					
3- 00 00116700	CA		RIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200							
80743230025	UA.		CIO DE IMPLANTESORT	'		'				
4- 00 00597007	DA		CIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CABE							
80044680085	FA			'		'				
		ARTHROW COWER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>							
5- _				-		-				
	_			!!!!	-llllllll					
6- _				-						
	_									
24 - Especificação do material										
25 - Observações / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04261365944 em 01/02/2023 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA										
1										
	11									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	fissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					
////	_									