

90145473

(Via HOSPITAL)



_|/|__|_|/|__|

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 90145473 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 10/02/2023 17:09 90145473 11/04/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000036018280 01/11/2023 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 898004619390404 **FERNANDA NUNES DO VALE** Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO **ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA** 06 28281 225270 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida pata Internação 10.246.214/0001-04 02/03/2023 00:00 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 22 - Caráter de Atendimento 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 23 - Tipo de Internação S 2 1 Ν 1 28 - Indicação Clínica M235 RECONSTRUÃ \sharp ÃfO DE LCA DO JOELHO DIREITO 29-CID10 Principal (opcional) 30-CID10(2) (opcional) 31-CID10(3) (opcional) 32-CID10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 35 - Código do Procedimento 34 - Tabela 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1- 22 30726190 LESOES LIGAMENTARES PERIFERICAS CRONICAS - TRATAMENTO CIRUR 1 2- 22 30733073 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR 1 3- **22** 30731216 TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 4- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 5- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 12-Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 1 _|__|/|__| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 30605972869 em 10/02/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização





ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2-Nº 90145473 MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	a l	4 - Senna		5 - Data da Autorização	6 - Numero da Guia atribuido pela Operadora
343269		90145473		90145473	10/02/2023 17:09	90145473
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira 8 - Nome						
0050000036018280 FERNANDA NUNES DO VALE			OO VALE			
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail						
ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA			10 - Telefone	''	- L-maii	
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica						
PACIENTE SOFREU QUEDA DA PROPRIA ALTURA E EVOLUI COM ROTURA COMPLETA DO LIGAMENTO ANTERIOR, DOR INTENSA, LIMITAÇà fO FUNCIONAL. INDICO TRATAMENTO CIRURGICO POR VIDEARTROSCOPIA. M235 RECONSTRUÇà fO DE LCA DO JOELHO DIREITO						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do It 21 - Registro ANVISA do materi		Descrição	22 - Referência do material no fabr		Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	licitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 00 00590045		MINA PARA SHAVER SI	ETORMED - 001030306	1	1 1 1 1 11	
80777280006	LAI			'		
			RCIO DE IMPLANTESORT	_		
2- 00 00116700	CA		FRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1	,	_ _ 1
80743230025		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESOR <u>IT </u>	_	I ₋	
3- 00 00597007	PAI	RAFUSO INTERFERENC	CIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CABE	4	,	_ _ 4 ,
80044680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT						
4-1 1 1 1 1 1						
5-	_ 			_	!!!!!!!!!!	
					:	
-	_			_	_ _	
6- _					_ _ ,	_ _ _ _ ,
	_			_ _ _ _	_ _	_ _ _ _
24 - Especificação do material						
25 - Observações / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 30605972869 em 10/02/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO						
1						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	fissional Solicitante	П	28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	
	1 1		11			
<u> </u>	-11					