





GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

89884033 (Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia	a Atribuído pela Operadora 89884033									
4 - Data da Autorização	5 - Senha		11	/alidade da Senha							
19/01/2023 10: Dados do Beneficiário	38	8988403	33	24/03/20	23						
7 - Numero da Carteira		8 - Validade da Cartei	ra	9 - Atendimento							
9700020009223155				N							
10 - Nome MATHEUS DA SILVA CORREIA											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA	ESDECIALIZ	74041704							
14 - Nome do Profissional Solici	tante	UNIORT E ORTOPEDIA	ESPECIALIZ	15 - Conselho Pr	rofissional	16 - Número d	to Conselho	17 - UF	18 - Código CBO		
GUILHERME JOSE MI		SANA		06	Chisolonal	30165	20 0011001110	41	225270		
Dados do Hospital / Local Solici											
19 - Código na Operadora / CNI 10.246.214/0001-04	- 11	- Nome do Hospital / Local Solicita NORT E ORTOPEDIA ES		A LTDA			21 - Data si	-	a Internação		
22 - Caráter de Atendimento	23 - Tipo de Interna			liárias Solicitadas	26 - Previsão	26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico					
2	2	1		1		s		N			
28 - Indicação Clínica RUPTURA DO LCA MENIS	SCO MEDIAL IO	=I HO DIREITO									
TOTA DO LOA MENT	JOO WEDIAL JOE	LENO DIRETTO									
•											
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10(2) (opcional) 31-CID10(3) (opciona	al) 32-CID10(4	(opcional) 33	- Indicação de /	Acidente (acide	-	a relaciona	da)		
							9				
Procedimentos ou Itens Assiste		00 D : 7									
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30733065	Procedimento	36 - Descrição REPARO OU SUTURA	DE UM MEN	ISCO - PROCI	EDIMENTO	VIDEOAR			Solic. 38 - Qtde. Aut.		
2- 22 30733030											
3- 22 30733073		RECONSTRUCAO, RE							1		
4- 22 30731216 5- 18 60000805		TRANSPOSICAO DE N						=	1		
6- 18 60024151		ALUGUELTAXA DE AF			_	_	_		1		
7-	_ _ _						I	_ _ _			
8-	_						l	_ _ _	-		
9-	_						I	_ _ _	-		
11-	_							— — — — —	-ı ı—ı—ı—ı -l l—l—l—l		
12-	_ _ _						l	_ _ _			
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admissão	hospitalar 40 ·	- Qtde Diarias Autorizadas 41 - 1	Γipo de acomodaç	ao autorizada							
42 - Código na Operadora / CN	PJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Au	itorizado						44 - Código CNES		
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104											
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 19/01/2023 /AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ES											
		ESTADUAL COOPERATIVAS		NZADA CONFOI	CIVIL CIVIIVIEL	DE ORIGE	w/ Empresi	a / mulal	CIVIIVILD DO ES		
46 - Data da Solicitação	47 - Assinat	ura do Profissional Solicitante	48 - Assin	atura do Beneficiári	o ou Responsá	vel 49 - A	Assinatura do	Responsáv	rel pela Autorização		



89884033

Unimed 11 Londrina

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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora				
343269		89884033		89884033	19/01/2023 10:38	89884033				
Dados do Beneficiário										
7 - Numero da Carteira		8 - Nome								
9700020009223155 MATHEUS DA SILVA CORREIA										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	11	- E-mail					
GUILHERME JOSE MIN	'ASAKI PIOVESANA									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO LCA + MEN RUPTURA DO LCA MENIS AUTORIZADA CONFORME	SCO MEDIAL JOELHO DIR									
0000										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do Ite21 - Registro ANVISA do materi		Descrição	22 - Referência do material no fa		Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento				
1- 00 00590045	LAN	MINA PARA SHAVER S	ETORMED - 001030306	1	1 1 1 1 11					
80777280006			CIO DE IMPLANTESORT	 	III'I					
2- 00 72320907	DIE		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC - 9	 0 1						
	פוע			U I		_ _				
80044680067			CIO DE IMPLANTESORT			_ _ _ _				
3- 00 00597007	PAF	RAFUSO INTERFERENC	CIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CABE	1	,	_ _ 1				
80044680085		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		I ₋	_ _ _ _				
4- 00 78898676	DIS	POSITIVO DE REPARA	CAO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO DI	E 3	,	_ _ 3 _ _ , _				
80044680449		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		I_	_ _ _				
5- _				_						
6-	-,,,,,,,,,,,,,-		<u> </u>							
				-						
24 - Especificação do material	-									
24 - Especificação do material										
25 - Observações / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 19/01/2023 /AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ES TADO DE SAO PAULO CONFEDERACAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profi	issional Solicitante		28 - Assinatura do I	Responsável pela Autorização					
_ / _ / _	<u> </u>									