

89995344

(Via HOSPITAL)



46 - Data da Solicitação

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

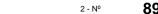
47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 89995344 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 30/01/2023 10:43 89995344 31/03/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000031833422 10/04/2024 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 702503380091738 **MARCIO FERREIRA** 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 DE OLIVEIRA QUEIROZ** 06 17905 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 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 02/02/2023 00:00 22 - Caráter de Atendimento 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 2 S 1 1 Ν 28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO 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 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 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 6528104 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 30/01/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DA COHAB LD

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



89995344

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		89995344		89995344	30/01/2023 10:43	89995344
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira 8 - Nome						
0050000031833422		MARCIO FERREIRA				
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicita	inte		10 - Telefone	11	I - E-mail	
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAćAO CLINICA EM ANEXO INDICAćAO CLINICA EM ANEXO						
ODME OF THE						
OPME Solicitadas 13 - Tabela 14 - Código do It	om 15 -	Descrição		16 - Opeão 17 - (Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	licitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do materi		Descrição	22 - Referência do material no fa			23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER S	ETORMED - 001030306	<u> </u>	1 1 1 1 1.	2
80777280006		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORT	. <u>!</u> ! 		
2- 00 70627657	PLA	ACA ENDOBOTTON PA	RA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLAC	C I I 1		
10208610040			CIO DE IMPLANTESORT	- <u> </u>		
3- 00 00597007	ΡΔΙ		CIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CABE	 		
80044680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT						
4-		7		 		
	 			-		
		!		 	·	
	 			- II II 		
	_ 				·	
				-		
24 - Especificação do material						
2-7 - Especificação do material						
+						
25 - Observações / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 30/01/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DA COHAB LD						
1						
00 0 1 1 0 11 11 7	II 0= 4 · · · - ·		1	Tan		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	rissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	
_ _ / _ _ / _ _ _	_					