

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91453879

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núme	ero da Guia Atri	buído pela Opera	adora		914	53879				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Vali	dade da Senha	7	33073				
06/06/2023	11:36	5 - Senna	91453879	6 - Data de Vali	05/08/2	)23					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	llidade da Carteira	ı	9 - Atendimen					
0050000030214036			29/1	1/2023		N	1				
50 - Nome Social											
10 - Nome BRUNO DELFINO S	SENTO	NE									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operador 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C UNIORT E C	ontratado ORTOPEDIA E	SPECIALIZ	ADA LTDA					
14 - Nome do Profissiona BRUNO BOSIO DA		nte			15 - <b>06</b>	15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselh <b>06</b> 32301			onselho	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Lo		tado / Dados i	da Internação							][	
19 - Código na Operador			,	al / Local Solicitad	lo				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UN	IORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA				16/06/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimen	to   23 -	Tipo de Interna	ção   24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. D	árias Solicitadas 1	26 - Pr	revisão de uso de OPI <b>S</b>	ИЕ    27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico  N
INSTABILIDADE OMB	NO EES.	AO LABINAL	TENDINOPATI	A BIOLES							
29 - CID 10 Principal (operation of the control of		30 - CID 10(2		31 - CID 10(3) (opo	cional) 32 -	CID 10(4) (opcid	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
		cedimento							37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde, Aut.
1- 22 307350			,		AL - PROCE	DIMENTO VII	DEOAR	TROSCOPICO D	EO 1		1
2- 22 307350	41		LESAO LAB	BRAL - PROCE	DIMENTO V	DEOARTRO	SCOPIC	CO DE OMBRO	1		1
3- <b>22 307350</b>							ROCED	IMENTO VIDEO	RT 1		1
4- 18 600005				APARTAMEN					1		1
5- 18 600241	51		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQU	IPAMENTO I	PARA A	ARTROSCOPIA P	PAR 1		1
6-	_ _ _									_	<u>   </u>
7-	_ _ _	_							-	_	
8-   _       _   9-          _	 	 							- 	_	
	 	 							- 	_!! 	 
11-	 	 							- 	 	 
12-	   _	   _								_,, _	   _
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ad	missão ho	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de Acon	odação autoriza	ada				
oo Bala provavor da 7la	THOOGO TIC	Jophana 1 40	1	12			, du				
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 06/06/2023 / Empresa / Titular: CLUBE DE ENGENHARIA E ARQUITETURA DE LONDRINA											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura	do Beneficiário	ou Resp	onsável 49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada			4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		91453879		91453879	06/06/2023 11:36	91453879		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000030214036								
8 - Nome								
BRUNO DELFINO SEN								
Dados do Profissional Solici								
9 - Nome do profissional solicit BRUNO BOSIO DA SIL			10 - Telefone		1 - E-mail			
	VA							
Dados da cirurgia  12 - Justificativa técnica								
INSTABILIDADE OMBRO / INSTABILIDADE OMBRO I								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		le. Solicitada 18 - Valor Unitário Solio o de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
1- 00 71502718			ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEX	•	_ _ _ ,	_  2   <u>                                  </u>		
80044680086		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	TDA  _ _ _ _				
2- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SE				2	_ _ _ ,	_  2  _ _ , _		
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL					
3- <b>00 00116700</b>	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 20			_  1		
80743230025 4- 00 00596221	CIII		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL' SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES					
80743230002	Gui		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL		-	_  1		
5- <b>00 76221229</b>	ANG		ERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - A			1		
10247700123			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL					
6-   _				_   _		_		
						_ _		
24 - Especificação do Material								
05. 01								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/06/2023 / Empresa / Titular: CLUBE DE ENGENHARIA E ARQUITETURA DE LONDRINA								
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·								
00 0 1 0 11 2		6 1 10 11 12		U · ·				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	otissional Solicitante		28 - Assinatura d	lo Responsável pela Autorização			