

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92196428

(Via HOSPITAL)

1 " 11	- Número da Guia	Atribuído pela O	peradora						
343269					9219	96428			
4 - Data da Autorização	5 - Senha		- 11	/alidade da Senha	i				
14/08/2023 1	5:30	921964	28	13/10/2	023				
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		18	- Validade da Carte	aira	9 - Atendiment	o de RN	\neg		
0050000035618283		11	1/12/2024	λιια	N				
50 - Nome Social									
10 - Nome									
LUIS ANTONIO GON	CALES DE AG	SUIAR							
Dados do Contratado Sol	citante								
12 - Código na Operadora		11	do Contratado						
10.246.214/0001-04		UNIORT	E ORTOPEDIA	ESPECIALIZ	ADA LTDA				
14 - Nome do Profissional S				H ·	Conselho Profissi		16 - Número do Cons	11	18 - Código CBO
ALEXANDRE RIBEIR	A PROVENZA	1		06		[2	28281	41	225270
Dados do Hospital / Loca		,					1/-		
19 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	11		ospital / Local Solici		LITDA		11	21 - Data sugerida 24/08/2023 00:	
						1100 0			
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	ernação 24 - R	egime de Internação 1	25 - Qtae. D	árias Solicitadas	26 - Prev	isão de uso de OPME S	: 27 - Previsao de	uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica	J L					1		<u> </u>	
29 - CID 10 Principal (opcio	nal) 30 - CID 1	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional) 32 ·	CID 10(4) (opcio	onal) 3	3 - Indicação de Acio	dente (acidente ou	doença relacionada)
							-	9	
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Soli	citados							
_	do Procedimento	36 - Descri	=					37 - Qtde. Sc	
1- 22 30733065							VIDEOARTROS		1
2- 22 30733049 3- 22 30733073					•		E/OU PLASTIA :		1
4- 22 30731216			OSICAO DE MA					1	1
5- 18 60000805		DIARIA I	DE QUARTO C	OLETIVO DE 2	LEITOS COM	I BANHE	IRO PRIVATIVO	1	1
6- 18 60024151		ALUGUE	LTAXA DE APA	ARELHO / EQI	JIPAMENTO P	ARA AR	TROSCOPIA PA	R 1	1
7- _	_ _ _ _	<u> </u>						_ _ _ _	_ _ _
8-	_ _ _ _	l							
9-	 	l							
11-		l ————————————————————————————————————							
12-								_ _ _	
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde Diárias	Autorizadas	41 - Tipo de Acon	nodação autorizad	da			
		1		1					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPED				cal Autorizado 44 - Código CNES DIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104					
45 - Observação / Justificati	va	CHICKI	L SICIOI EDIA	LOI LOIALIZ	ADA LIDA				3320104
Telefone Contratado: (43		nitido em 14/08/	2023 / Empresa /	Titular: SINDICA	TO DOS PROF	ESSORE	S DAS ESCOLAS	PARTICULARES	S DE LONDRINA
46 Data da Caliaitação	1 47 A-	ainatura da Duafi		1 40 4	I. D C C.	D	nával I 40 Appina	I. D	-11 - A 1 - 2 ~



92196428

Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 92196428		4 - Senha 92196428		5 - Data da Autorização 14/08/2023 15:30	6 - Número da Guia atribuío	lo pela Operadora 92196428
Dados do Beneficiário					J L		
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000035618283							
8 - Nome							
LUIS ANTONIO GONC	ALES DE AGUIAR						
Dados do Profissional Solici	itante						
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica PACIENTE REFERE ALGIA RECONSTRUÇÃO DE LCA		IREITO, EVOLUIU COM RC	TURA DE MENISCO MEDIAL, ASSOCIADO A LESÃO	DE LCA, E LESÃ	O CONDRAL, ROTURA DO NEO	LIGAMENTO. ENCAMINH	O PARA TRATAMENTO CIRURGICO F
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate		6 - Opção -17 - Qtd∈ 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 00590045		IINA PARA SHAVER SET		_ 1	_ _ ,	_ 1	_ ,
80777280006		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	· 			
2- 00 00116700	CAI	NETA ABLACAO RF STRI	PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	_ 1	_ _ _ ,	_ 1	_ ,
80743230025			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3- 00 00597007	PAF		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	_ 2		_ 2	_ _ , _
80044680085		ARTHROW COWER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	I_I_I_I_I_I			
 				I		_	_ _ , _
5-		IIIIII		_		 _	_
6- _				_ _ _	_ _ _ ,	_	,
				<u> _ _ _ _ _ </u>	_ _ _ _	_	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		08/2023 / Empresa / Titular:	SINDICATO DOS PROFESSORES DAS ESCOLAS PA	RTICULARES DE	LONDRINA		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização		