

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94449896

(Via HOSPITAL)

			dora		0444	19896				
343269	F Conho		C Data de Valid	lada da Canha	9444	19090				
4 - Data da Autorização 18/03/2024 15	5 - Senha	94449896	6 - Data de Valid	17/05/202	4					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		11	lidade da Carteira		- Atendimento					
0050000050500913		01/11	1/2025		N					
50 - Nome Social										
10 - Nome DANIEL RODRIGUES GOMES										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do Co	RTOPEDIA ES	SPECIALIZAI	A LTDA					
14 - Nome do Profissional So MARCUS VINICIUS D				15 - Co	15 - Conselho Profissional			onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dado	s da Internação							1	
19 - Código na Operadora / 0		0 - Nome do Hospita	al / Local Solicitado)				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04	U	INIORT E ORTO	PEDIA ESPE	CIALIZADA I	TDA			19/03/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Interi	nação 24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtde. Diár		26 - Pr	evisão de uso de OPN N	ИE 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica	J L	I L		11						
29 - CID 10 Principal (opcion	nal) 30 - CID 10	(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - C	D 10(4) (opcio	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	oença relacionada)
Procedimentos ou Itens As										
1- 22 30733030 2- 22 30733057 3- 98 08011080	do Procedimento	CONDROPL MENISCECT PCT ARTRO	OMIA - UM ME SCOPIA DE JO	ENISCO - PRO DELHO UNIO	CEDIMENT	O VIDE) - PROCEDIMEN EOARTROSCOPI	NTO 1 CO 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1
4- 18 60024151		ALUGUELIA	AXA DE APARI	ELHO / EQUIP	AMENIOP	'AKA A	RTROSCOPIA P	YAR 1		1
5-										
Dados da autorização		0.1.5.7								
39 - Data provável da Admis	são hospitalar 4	0 - Qtde Diárias Aut 1	orizadas 41 -	- Tipo de Acomo	ação autorizad	da				
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 18/03/2024 / 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										



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

	3 - Número da Guia Referenciada 4		4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		94449896		94449896	18/03/2024 15:03		94449896		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000050500913									
8 - Nome									
DANIEL RODRIGUES (OMES								
Dados do Profissional Solici	tante								
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	1 - E-mail				
MARCUS VINICIUS DA	NIELI								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica LESÃO DO MESNISCO JO LESÃO DO MESNISCO JO									
OPME Solicitadas 13 - Tabela 14 - Código do M	lotorial 15	Descrição		16 Open 17 Otde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	sitada 10. Otda Autorizada	20. Valar I Initária Autorizada		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater	rial no fabricante	23 - Nº Autorização		niado 19 - Qide. Autorizada 1	20 - Valor Officario Autorizado		
1- 100066879	CAN	NULA DE DEBRIDAÇÃO A	ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	_ 1	_ _ _ ,	_ 1	_ _ , _		
81288540024		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
2-					_	_ _	_,		
	_ _ _				_ _ _ _	_ _			
3-	_	111111			_	_	_ _ , _		
4-	 	IIIIII	-		-	 -			
·	- 								
5-		11111				_,, _	_ _ , _		
6-					_ _ _ , _	_	_ _ , _		
						_ _			
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 18/03/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização				