

90077297



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da	Guia Atribuído	o pela Operadora 90077297									
4 - Data da Autorização 06/02/2023 11	5 - Senha	a	90077297	6 - Data de Validade da Sen								
Dados do Beneficiário												
7 - Numero da Carteira			8 - Validade da Carteira	9 - Atendime	nto de RN							
0970000009713322			30/06/2024		N							
10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde JULIO ANTONIO VASSOLER												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		13 - No	me do Contratado									
10.246.214/0001-04 14 - Nome do Profissional Solic	itante	UNIO	UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Códic									
MARCO MAKOTO INA				06	i ionasionai	28767	io conseino	41	225270			
Dados do Hospital / Local Solic		Internação				11-41-41						
19 - Código na Operadora / CN			o Hospital / Local Solicitado				21 - Data s	ugerida pata	a Internação			
10.246.214/0001-04			NIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA					uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico				
22 - Caráter de Atendimento 2	23 - Tipo de In 2	ternação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitada	is 26 - Previs	ão de uso de OP	ME 27 - Pr		so de Quimioterápico			
28 - Indicação Clínica Entorse E Distensão Env				'								
29-CID10 Principal (opcional) 30-CID10((2) (opcional) 31-CID10(3) (opcional)		32-CID10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acid		le Acidente (acide	dente (acidente ou doença relacionada)					
							9					
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qitde. Solic. 38 - Otde. Aut. 1 - 22 30731119 TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 1 1												
46 - Data da Solicitação	_ 47 - As	sınatura do Pr	otissional Solicitante	48 - Assınatura do Benefic	ario ou Respon:	savel 49 - A	Assinatura do	Kesponsáv	ei pela Autorização			



90077297

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		90077297		90077297	06/02/2023 11:03	90077297						
Dados do Beneficiário												
7 - Numero da Carteira 8 - Nome												
0970000009713322		JULIO ANTONIO VASS	SOLER									
Dados do Profissional Solicitante												
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	11	I - E-mail							
MARCO MAKOTO INA	GAKI											
Dados da cirurgia												
12 - Justificativa técnica PACIENTE COM DIAGNÃ3STICO DE LESÃμES OSTEOCONDRAIS, LESÃμES MENISCAIS E LIGAMENTARES DE CRUZADO ANTERIOR, NECESSIDA DE TRATAMENTO CIRðRGICO EM JOELHO ESQUERDO Entorse E Distensão Envolvendo Ligamento Cruzado Anterior Posterior Do Joelho AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM												
OPME Solicitadas												
13 - Tabela 14 - Código do Ito	1F I	Danaria Za		10 0000017 (Otala Caliaitada 40 Valar Haitéria Ca	licitado 40 Otdo Autorimodo 20 Volos Unitário Autorimodo						
21 - Registro ANVISA do materi		Descrição	22 - Referência do material no fal	16 - Opção 17 - O pricante		licitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento						
1- 00 72320915	DIS	POSITIVO DE FIXACAC	DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC - 90	0 1	1 1 1 1.1							
80044680067			CIO DE IMPLANTESORT	· 	7 7							
2- 00 00597007	DAI		CIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CABE	 								
80044680085	יאו			'								
	DIC	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORIT										
80044680449			CIO DE IMPLANTESOR <u>IT </u>		Į.	_ _ _ _ _						
4- 101068301	CAI	NULA DISSECTORA BIF	POLAR RF - ELBART007 - ART BEVEL 3,0	1	,	_ _ 1						
80743230075		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR <u>IT </u>		I ₋	_ _ _ _						
5- 00 00162477	CAI	NULA MICRODEBRIDAC	CAO AMC F 2,9X5,5MM 891710000	2	,	_ _ 2 _ _ , _						
80356130052		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		I.							
6- _				. _ _								
24 - Especificação do material			. — . — . — . — . — . — .	,								
24 Especimental de material												
25 - Observações / Justificativa												
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04261365944 em 06/02/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIO												
NAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO												
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	issional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização							
_ _ / _ / _ _ _ _	.											