

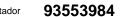
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93553984

(Via HOSPITAL)

"	Número da Guia	Atribuído p	oela Operad	dora									
343269							9355	3984					
4 - Data da Autorização 19/12/2023 18:53 5 - Senha 93553984 6 - Data de Validade da S					Senha 02/2024								
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira 0050000043410203			- 11	idade da Carteira i /2025		9 -	Atendimento N	de RN					
0050000043410203													
SO - Notifie Social													
10 - Nome VITORIO JOSE GALINDO DE OLIVEIRA													
Dados do Contratado Solic	itante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	Nome do Co		SPECIA	ΔΙ Ι Ζ ΔΠΔ	ΙΤDΔ						
										18 - Código CBO			
MARCUS VINICIUS DANIELI					İ	06		18734 41 225270				1 1	
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	los da Inte	ernação					,					
19 - Código na Operadora / C	11			I / Local Solicitad			.			11		ara Internação	
10.246.214/0001-04					PEDIA ESPECIALIZADA LTDA				29/12/20				
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime	e de Internação 1	25 - Q1	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pre	visao de uso de OF	PME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica LESAO DO LCA JOELHO	ESOLIERDO												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)			onal) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		iai)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença r		oença relacionada)		
Procedimentos ou Itens As													
1- 22 30733073 2- 22 30731216 3- 98 08011046	o Procedimento	REC TRA PCT	ANSPOSI LIGAME	CAO DE MAIS ENTOPLASTIA	S DE 1 T A UNIOF	ENDAO RTE - ENI	-TRATAM	ENTO (CR 1 1 1	- Qtde. Sol	1 1 1	
4- 18 60024151 5-		ALU								PAR 1		1	
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde [Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizad	а					
	·		1	1									
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNE 6528104								44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/12/2023 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização													



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

Unimed A

· 11	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	ı		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269	9	3553984		93553984	19/12/2023 18:53		93553984				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social	I									
0050000043410203											
8 - Nome											
VITORIO JOSE GALINDO DE OLIVEIRA											
Dados do Profissional Solicitante											
- Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail											
MARCUS VINICIUS DAN	NELI										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica LESAO DO LCA JOELHO E LESAO DO LCA JOELHO E											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M					. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mater		ncia do material no fabri		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4					
1- 76621995 80777280105			12 10 08 TIPO 12 4,5 X 120 MM , CM MPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1		_ 1	_ ,				
2- 00 72320907			IENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -		-	1 1					
80044680067			MPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ -	_ 1	_ ,				
3- 00 00597007			ORVIVEL GENTLE THREADS CAB			1					
80044680085			//PLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u></u>		_1 .	1-1-1-171-1-1				
4-						_	,				
5- _					_	_	_ _ , _				
		_ _ _ _				_ _					
6- _					_	_	_ _ _ ,				
	_					_					
24 - Especificação do Material											
05 01											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/12/2023 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitan	te		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização						