

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92956248

(Via HOSPITAL)

	<u> </u>									
1 - Registro ANS 3 - 343269	Número da Guia	Atribuído pela C	Operadora		929	956248				
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Va	lidade da Se	nha					
24/10/2023 17	24	929562	248	23/12	2/2023					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN										
7 - Número da Carteira 0050000009211643		t i	3 - Validade da Carteir 06/04/2025	a	11	nto de RIN N				
50 - Nome Social										
50 - Norme Social										
10 - Nome DEBORA SALIM DE OLIVEIRA										
Dados do Contratado Solic	itante									
12 - Código na Operadora		11	do Contratado	COCCIAI	IZADA I TDA					
10.246.214/0001-04 14 - Nome do Profissional So	linitanto	UNIORI	E ORTOPEDIA I			oional 1	16 - Número do Co	anaalha I (17 - UF	18 - Código CBO
GUILHERME JOSE MI		VESANA		11	15 - Conselho Profissional			11	- 11	225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	os da Internaç	ão							
19 - Código na Operadora / C	11		lospital / Local Solicita					1	-	a Internação
10.246.214/0001-04			ORTOPEDIA ESP					11/11/202		
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	ernação 24 - F	Regime de Internação	25 - Qtde	e. Diárias Solicitadas 1	26 - Prev	isão de uso de OPI	ME 27 - Pre		o de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica RUPTURA LCA										
29 - CID 10 Principal (opciona	a))	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (op	poional) [32 - CID 10(4) (opc	ional) 2	3 - Indicação da A	cidente (acid		ença relacionada)
25 - CID TO F III CIPAI (OPCIONAI)		o(2) (opcional)	or or or ro(o) (operation)		oz olb ro(4) (opolonal)		9		criça relacionada)	
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	citados								
34 - Tabela 35 - Código o 1- 22 30733065 2- 22 30733030 3- 22 30733073 4- 22 30731216 5- 18 60000805 6- 18 60024151 7-	o Procedimento	CONDR RECON TRANSI DIARIA ALUGUI I I I I I I I I I I I I I I I I I I	O OU SUTURA DI OPLASTIA (COM STRUCAO, RETE POSICAO DE MAI DE QUARTO CO ELTAXA DE APAI	REMOCA NCIONAM IS DE 1 TE LETIVO D RELHO / E	O DE CORPOS IENTO OU REF INDAO - TRATA E 2 LEITOS CO	LIVRES) - ORCO DO MENTO C M BANHE PARA AR	PROCEDIMEI LIGAMENTO CIRURGICO IRO PRIVATIV	SC 1 NTO 1 CR 1 1	_ 	38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
			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 CNES 6528104										
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/10/2023 / 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										



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		92956248		92956248	24/10/2023 17:24		92956248
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000009211643							
8 - Nome DEBORA SALIM DE OI	IVEIRA						
Dados do Profissional Solic	tante						
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
GUILHERME JOSE MIN	ASAKI PIOVESANA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica RUPTURA LCA RUPTURA LCA							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição	Salara Kaladara an		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00590045		22 - Referência do mater WINA PARA SHAVER SET		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1	_
80777280006	EA		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSI			-ı ·	III''II
2- 00597007	PAI	RAFUSO INTERFERENCIA	REABSORVIVEL GENTLE THREAD	OS CAB 1		_ 1	,
80044680085		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	TDA _ _ _			
3- 72320915 DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGA					,	_ 1	,
80044680067		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSI	_TDA _ _ _			
⁴⁻	_				_	_	,
		IIIII		- 		 _	,
	 _					_,	I—I—I—I'I—I—I
6- _				_ _ _ _	_	_	_ _ , _
	_ _ _		 _ _ _ _ _ _ _ _ _ 	<u> </u>		_ _	
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 24/	(10/2023 / Empresa / Titular: 0	ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SI	JBSECAO DE LONDRINA			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	·			o Responsável pela Autorização		