

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95056109

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núm	ero da Guia Atri	buído pela Opera	idora			0505	6400				
4 - Data da Autorizaçã		5 - Senha		6 - Data de Valid	dada da Co	anha	9505	6109				
09/05/20		5 - Senna	95056109	6 - Data de Vallo		7/2024						
Dados do Beneficián	io											
7 - Número da Carteir			† †	lidade da Carteira		9 -	Atendimento	de RN				
00500000627262 50 - Nome Social	02		26/1	1/2024			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome		ID A										
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Opera	dora		13 - Nome do C	ontratado								
10.246.214/0001-	04		UNIORT E C	RTOPEDIA ES	SPECIA	LIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profission			IRO		- 11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do C 28617			onselho 17 - UF 18 - Código CBO 41 225270			
Dados do Hospital /									20017][220210
19 - Código na Operado			,	al / Local Solicitado	0					21 - Dat	a sugerida p	para Internação
10.246.214/0001-	04	UN	IORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZA	ADA LT	DA			10/05/	2024 00:0	00
22 - Caráter do Atendin	ento 23	- Tipo de Internac	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtd	le. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OF S	PME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica				<u> </u>								
29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID 10(2)) (opcional)	11 - CID 10(3) (opc	sional)	32 - CID	10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de /	Acidente (a	cidente ou c	doença relacionada)
											9	
Procedimentos ou It										27	Otdo Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - C 1- 22 3073		ocedimento		J SUTURA DE	UM MEN	NISCO -	PROCEDII	MENT	O VIDEOARTRO		- Qide. Soi	1
2- 22 3073	3049		OSTEOCON	IDROPLASTIA	- ESTAE	BILIZAC	AO, RESS	ECCA	O E/OU PLAST	IA # 1		1
3- 98 0801 4- 18 6002				SCOPIA DE JO				A D A A	RTROSCOPIA	1		1 1
4- 18 0002 5-		1111	ALUGUELIA	AAA DE AFAN	ELHO / I	EQUIFA	MENTOF	ANA A	KIROSCOPIA	FAN I	1 1 1	
6- _	_									i_	_,, _	 _
7-	_ _										_	
8- _ 9-	_lll lll	- -								_ 	_	_
10-										- _	_ _	 _
11- _	_ _									l_	_ _	_ _ _
12-	_									_	_	_
Dados da autorizaçã			011. 817.		T		~					
39 - Data provável da	Admissão h	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Aut	orizadas 41 ·	- Tipo de A	Acomodaç	ão autorizad	a				
42 - Código na Opera 10.246.214/0001-		J autorizado		ospital / Local Auto		I IZADA	LITDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa												
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/05/2024 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA												
[40. 5		10	:-	10 " "	10				1			
46 - Data da Solicitaçã	io	47 - Assina	tura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assina	atura do E	Beneficiário o	u Respo	onsável 49 - As	sinatura do	Responsáv	el 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 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269	95056109		95056109	09/05/2024 09:45		95056109		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
0050000062726202								
8 - Nome	·							
EDITE EUNICE DE OLI	/EIRA							
Dados do Profissional Solic	tante							
9 - Nome do profissional solici	ante	10 - Telefone	11	l - E-mail				
JOAO PAULO FERNAN	IDES GUERREIRO							
Dados da cirurgia		·						
12 - Justificativa técnica								
REPARO OU SUTURA DE REPARO OU SUTURA DE								
THE TIME OF GOTONTEL	OW WENTOOD							
00045 0 11 11 1								
OPME Solicitadas 13 - Tabela 14 - Código do M	Material 15 Deceries		16 Open 17 Otde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	sitada 10 Otda Autorizada S	10 Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		erial no fabricante	23 - Nº Autorização		itado 19 - Qtde. Autorizada 2	U - Valor Unitario Autorizado		
1- 00 00499293		AO OB F 2,9X5,5MM 892350000	<u> </u> 1	_ _ ,	_ 1	,		
80356130052	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
2- 00 00116700	CANETA ABLACAO RF STR	IPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	<u> </u> 1	_ _ _ , _	_ 1	_ ,		
80743230025	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
3-				_	_	,		
			. _ _ _ _	_ _ _ _	_			
4- _ _ _ _ _ _				_	_	_ ,		
				_ _ _ _	_	,		
	!!_!!!			_	_	-		
	-				 -	_ _ ,		
				_,	_	1-1-1-171-1-1		
24 - Especificação do Material								
., ,								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/05/2024 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				
				. ,				