

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93401054

(Via HOSPITAL)

3-43268	1 - Registro ANS	3 - Núr	nero da Guia A	\tribuído	nela Onera	dora								
Dadots de Beneficiario So-Visidade de Carelia S-Visidade		Jorital	ncio da Odia F	Milbaido	рска Орста	JOI &			934010	054				
Dabos do Beneficiario	1	-	11	03	401054	6 - Data de V								
3 - Alexandrimentro de RN]	93	401034		03/	02/2024						
10 - Name Sacial 10 - Na					8 - Val	idade da Carte	ira	9 -	Atendimento de	e RN	1			
10 - Norme	0050000054315	5363			01/02	/2024			N					
MARILIA GABRIELA DOMINGOS	50 - Nome Social													
MARILIA GABRIELA DOMINGOS														
13 - Nome do Contratado														
10.246.214/0001-04			nte											
14 - Norma do Profissional Solicitante 15 - Conseilho Profissional 16 - Número do Conseilho 17 - UF 18 - Codigo CBO 28617 41 18 - Codigo CBO 225270				11			ESDECIA	\	LTDA					
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 10 - Celo provendor / CNP-J 20 - Novem do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 10 - Celo provendor / CNP-J 20 - Novem do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 21 - Data superida para internação 22 - CID 10 Principal (aportam do Atendrimento) 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Citido Dárias Solicitados S N 27 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de us				UNI	ORIEU	RIOPEDIA	ESPECIA			-1 40	Nićasas da O		1147 1151	40. Cádina CDO
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 22 - Latra superida para Internação 22 - Topo de Internação 23 - Topo de Internação 24 - Regime de Internação 24 - Regime de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Ottos Dárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OLIMINO 27 - Previsão de uso de OLIMINO 28 - Indicação Clínica 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	1			REIRO					eino Profissiona	11		onseino	11 1	1
10.246.214/0001-04					,									
22 - Carder do Atendimento			11					'ADA I T	DA			11		-
1										10. D1-2	- d d- OD	<u> </u>		
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 9 9 9 9 9 9 9 9	†	dimento 23		naçao	24 - Regime	-	25 - Q1		Solicitadas	6 - Previsa		ME 27 - 1	Previsao de i	
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			DIDEITO CO	201150	ÃO DO LO	Λ.								
Sanda Sand														
34 - Tabela 35 - Cédigo do Procedimento 36 - Descrição 37 - Otde. Solic. 38 - Otde. Aut. 1 - 22 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 1 1 1 1 1 1 1	29 - CID 10 Principa	al (opcional)	30 - CID 10	(2) (opci	onal) 3	1 - CID 10(3) (d	opcional)	32 - CID	10(4) (opcional) 33 -	Indicação de A	cidente (a		loença relacionada)
1- 22	Procedimentos ou	Itens Assist	tenciais Solici	itados										
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	1- 22 307 2- 22 307 3- 22 307 5- 18 600 6- 18 600 7-	733065 733103 733073 731216 000805 024151 		REI INS	PARO OU STABILIDA CONSTRI ANSPOSI IRIA DE (UGUELTA	ADE FEMOR JCAO, RETI CAO DE MA QUARTO CO	RO-PATEL ENCIONA AIS DE 1 T DLETIVO ARELHO /	AR, REL MENTO ('ENDAO DE 2 LEI EQUIPA	EASE LATE OU REFORCE - TRATAMEI TOS COM B MENTO PAF	ERAL DA CO DO LI NTO CIR ANHEIR RA ARTE	A PATELA, F IGAMENTO RURGICO O PRIVATIV ROSCOPIA I	OSC 1 RET 1 CR 1 1 70 1	- Qtde. Soli	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	39 - Data provável o	da Admissão	hospitalar 4	0 - Qtde		11		Acomodaç	ão autorizada					
45 - Observação / Justificativa			PJ autorizado	11	3 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código							44 - Código CNES		
				UNI	ORT E O	RTOPEDIA	ESPECIA	ALIZADA	LTDA					6528104
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 2 - Nº Guia no Prestador

• 11	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha	00.4040	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269		93401054		934010	05/12/2023 14:54	93401054					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000054315363		29 - Nome Social									
8 - Nome MARILIA GABRIELA DO	MINGOS										
Dados do Profissional Solicit											
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone		11 - E-mail						
JOAO PAULO FERNAN	DES GUERREIRO										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica ENTORSE DO DO JOELHO ENTORSE DO DO JOELHO	DIREITO COM LESÃO DIREITO COM LESÃO	DO LCA DO LCA									
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mater		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fahricante		otde. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli ção de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado					
1- 00 78898676			AO DO MENISCO - CM-8001: DISPO			_ 3					
80044680449			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS								
2- 00 70627657	PLA	CA ENDOBOTTON PARA	A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.7	0011 PLA _ 1	_ ,	_ 1					
10208610040		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	SLTDA _ _ _	_						
3- 00 00597007	PAF	RAFUSO INTERFERENCIA	A REABSORVIVEL GENTLE THRE	ADS CAB _ 1	,	_ 1					
80044680085		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	SLTDA _ _ _	_ _ _ _						
4- 00 00116700	CAN		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90		_ _ ,	_ 1					
80743230025		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	SLTDA _ _ _							
5-	-				_ _						
	_		- -	_ _	_ _ _	!! 					
6- _ _ _ _ _	- 				_ _						
24 - Especificação do Material			-1111111111111-			— —					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/12/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA											
. ,											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatur	a do Responsável pela Autorização						