

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

9182/151

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 91827151 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 11/07/2023 11:25 91827151 09/09/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000059413738 22/08/2024 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **FABIO MARAN** Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 17 - UF **DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA** 06 19475 41 225270 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 20/07/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 26 - Previsão de uso de OPME C 1 2 S Ν 28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO 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 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 2- **22** 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 3- **22** 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 4- 22 30735092 TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART 5- **18** 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 2 6- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 7- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 8- |__|_| 9- | | | 10-| | | 11-12-I I I I II I I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/07/2023 /**EQUIPO 4 VIAS material pago em conta hospitalar / Empresa / Titular: CLUBE DE ENGENHARIA E ARQ UITETURA 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

	- Número da Guia Referenc		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuíd	
343269		91827151		91827151	11/07/2023 11:25		91827151
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social							
0050000059413738							
8 - Nome							
FABIO MARAN							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	11	- E-mail		
DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM AN INDICAÇAO CLINICA EM AN **EQUIPO 4 VIAS material pa	IEXO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição					. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 71502718 A 80044680086		ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVI ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD		_ 3		_ 3	_ _ , _
		INA PARA SHAVER SET		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ 2	
80777280006	LAW		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 	1 1	_ 4	
3- 00 00116700	CAN		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			1	
80743230025			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		-ı ·	1-1-1-1-1'1-1-1
4- 00 70917540	CAN		PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO	1		1	
80777280003		ARTHROM COMERO	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _		-	
5- 00 00712639	GAN	NCHO COMPRESSAO SU	ΓURA BIP 742010000	<u> </u>	_ _ _ ,	_ 1	,
80356130057		ARTHROM COMERO	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_		
6-	_ _			_ _ _ _ _ _ _	_	_	_ _ _ ,
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	72-0900 / Emitido em 11/0	07/2023 /**EQUIPO 4 VIAS r	naterial pago em conta hospitalar / Empresa / Titu	ılar: CLUBE DE ENGENI	HARIA E ARQUITETURA DE LON	IDRINA	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		