



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90214815

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90214815
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 16/02/2023 17:09	5 - Senha 90214815	6 - Data de Validade da Senha 17/04/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000030985482	8 - Validade da Carteira 01/11/2023	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

10 - Nome RONNY GOMES DE LIMA	11 - Cartão Nacional de Saúde 704806571610442
---	---

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 22343	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 21/02/2023 00:00
--	--	---

22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO
--

29 - CID10 Principal (opcional)	30 - CID10(2) (opcional)	31 - CID10(3) (opcional)	32 - CID10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
---------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30734045	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E OU PLASTIA (E	1	1
2- 22	30734053	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO - PR	1	1
3- 98	08011981	PCT ARTROSCOPIA DE TORNOZELO - ENF - UNIORTE	1	1
4- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
5- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar / /	40 - Qtde Diárias Autorizadas 2	41 - Tipo de acomodação autorizada 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 Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 16/02/2023 / ***01 PINÃO - instrumental***** / Empresa / Titular: UNIMED DE LONDRINA CO OPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
--

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 - N°

90214815

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90214815	4 - Senha 90214815	5 - Data da Autorização 16/02/2023 17:09	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora 90214815
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira	8 - Nome
0050000030985482	RONNY GOMES DE LIMA

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica	
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO	
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO	
01 PINÇA - instrumental**	

OPME Solicitadas

13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do material	14 - Código do Item	15 - Descrição	16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
22 - Referência do material no fabricante			23 - Nº Autorização de Funcionamento			
1- 00	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306	2		2	
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT				
2- 00	76221229	ANCORA EM PEEK COM INSEROR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCORA	2		2	
10247700123		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT				
3- 00	78891213	SUTURA CIRURGICA AGULHADA SUTURFIX - 0234151-090 - SUTURFIX,	1		1	
80083650084		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT				
4-						
5-						
6-						

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 16/02/2023 /**01 PINÃO - instrumental***** / Empresa / Titular: UNIMED DE LONDRINA CO
OPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
_ _ / _ _ / _ _ _ _		