

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93853774

(Via HOSPITAL) 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 93853774 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 24/01/2024 17:25 93853774 24/03/2024 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000034551762 10/08/2024 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome JOAO LUIS SCOLARI DE ARAUJO Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho **ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ** 17905 225270 06 41 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 30/01/2024 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico C 1 S Ν 1 28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA 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) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 2- **22** 30733073 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR 1 3- **22** 30731216 TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 4- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 5- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 6- |__|_| 8- |__|_| 9- |__|_| 11-12-I I I I II 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 24/01/2024 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora
343269	93853	774	93853774	24/01/2024 17:25	93853774
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social				
0050000034551762					
8 - Nome					
JOAO LUIS SCOLARI DE ARAUJO					
Dados do Profissional Solicitante					
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone			11	1 - E-mail	
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ					
Dados da cirurgia					
12 - Justificativa técnica					
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO					
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO					
OPME Solicitadas					
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		material no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização		citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 100066879		CAO ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5	•		_ 1
81288540024		MERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	, i—i		
2- 00 70627657		PARA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011			1
10208610040	ARTHROM CO	MERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	A		
3- 00 00597007	PARAFUSO INTERFER	ENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS (CAB _ 1	_ _ _ ,	_ 1
80044680085	ARTHROM CO	MERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	A		
4- 00 00116700	CANETA ABLACAO RF	STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	<u> _ </u> 1	_ _ _ ,	_ 1 _ ,
80743230025	ARTHROM CO	MERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	A _ _ _ _		
5- _	_ _ _		_ _	_	_
			l _ _ _ _	_ _ _ _	_ _
6- _			_ _	_	
			<u> </u>	_ _ _ _	_
24 - Especificação do Material					
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/01/2024 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	