

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90739242

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3	- Númer	o da Guia Atr	buído pela Opera	adora							
343269	ramon	o da Odia 7 tii	buldo pola Opore	adora		9073	39242				
4 - Data da Autorização	- 11	5 - Senha		6 - Data de Valid		1					
04/04/2023 1	7:30		90739242		03/06/202	3					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 0050000059301441			11	alidade da Carteira 1/2023		- Atendiment					
50 - Nome Social				172020							
50 - Nome Social											
10 - Nome											
GUILHERME HANDA	ı										
	Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C	contratado DRTOPEDIA E	SDECIAL IZAI	AITDA					
14 - Nome do Profissional S	Colicitante		UNIORIEC	OKTOPEDIA E			onal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLI			,		06	11 11			I †		225270
Dados do Hospital / Loca											
19 - Código na Operadora /			-	al / Local Solicitad	0				21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UN	IIORT E ORT	OPEDIA ESPE	CIALIZADA I	TDA			10/04/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - T	ipo de Interna	ção 24 - Regim	ne de Internação	11	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 -		6 - Previsão de uso de OPME		- 11	
1 28 - Indicação Clínica		С		1	2			S			N
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)					cional) 32 - C	D 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A		cidente ou c	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens A	Assisten	ciais Solicita	dos								
34 - Tabela 35 - Código		edimento	36 - Descrição		IOION A MENT	OU DEFO	D00 D	O L IOAMENTO		- Qtde. Sol	_
1- 22 30733073 2- 22 30731216				ICAO, RETEN				O LIGAMENTO	CR 1 1		1
3- 98 08011046				ENTOPLASTIA				oto.to.co	1		1
4- 18 60024151			ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQUIF	AMENTO P	ARA A	RTROSCOPIA I	PAR 1		1
5-	- - - 										
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada											
39 - Data provavel da Admi	ssao nos	pitalar 40	Qtde Diarias Aut	torizadas 41	- Tipo de Acomo	açao autorizad	da				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNE 6528104								44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/04/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 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

1 0	- Número da Guia Referer	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído		ela Operadora		
343269		90739242	90739242		04/04/2023 17:30	9073924			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000059301441									
8 - Nome									
GUILHERME HANDA									
Dados do Profissional Solicitante									
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	1	11 - E-mail				
ALEXANDRE DE OLIVEI	RA QUEIROZ								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM AN INDICAÇAO CLINICA EM AN	EXO - REVALIDAR A G EXO REVALIDAR A GI	UIA 89930408 JIA 89930408							
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do Ma		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 -	Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Materi		22 - Referência do materi		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 00590045	LA	MINA PARA SHAVER SETO		1	,	_ 1 _	_ _ _ ,		
80777280006 2- 00 70627657	DI.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _	1 4			
2- 00 70627657 10208610040			LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-	_ 1 _	_ _ _ ,		
3- 00 00597007	DΔ		REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			1			
80044680085	1.4		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		_ ' -	י		
4-		7				1 1 1 1 1 1 1	_ ,		
	 _ _								
5-					_		_ ,		
						_ _			
6-					_ _ _ , _	_	_ _ _ ,		
					_ _				
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/04/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pi	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização				