

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95656391

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N	Número da Guia A	stribuído nela One	eradora									
343269	vamero da Gala A	unbuldo pela Opt	cradora		9565	6391						
4 - Data da Autorização	5 - Senha	0565630	l t	alidade da Senha								
01/07/2024 15:46 95656391 30/08/2024 Dados do Beneficiário 30/08/2024												
7 - Número da Carteira		8 - 1	Validade da Carteir	ra	9 - Atendimento	de RN						
0050000005307360 25/07/2026					N							
50 - Nome Social												
10 - Nome ANA BEATRIZ LIMA MARQUES												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do	Contratado ORTOPEDIA I	ESDECIAL 17								
14 - Nome do Profissional Sol	icitante	ONION E	OKTOT EDIA		Conselho Profissio	onal 16 - Nú	ímero do Cons	selho 17 - UF	18 - Código CBO			
MARCUS VINICIUS DA				06		† i	18734		225270			
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dados	s da Internação										
19 - Código na Operadora / C	- 11		pital / Local Solicita		LTDA		11	21 - Data sugerida p	-			
10.246.214/0001-04						00 Prodega de		02/07/2024 00:0				
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Interr	nação 24 - Reç	gime de Internação 1	25 - Qtde. L	árias Solicitadas 1	26 - Previsão de		27 - Previsão de i	uso de Quimioterápico			
28 - Indicação Clínica LESÃO DO LCA JOELHO	DIDEITO											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) ((2) (opcional)	pcional) 31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacio		oença relacionada)			
Procedimentos ou Itens Ass	sistenciais Solicit	tados										
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 1- 22 30733073 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR 1 2- 22 30731216 TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 1 3- 98 08011046 PCT LIGAMENTOPLASTIA UNIORTE - ENF 1 4- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 5- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 6-							c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1					
7-												
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admissa	ão hospitalar 40	0 - Qtde Diárias <i>F</i> 1	Autorizadas 4		odação autorizad	a						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital UNIORT E ORTO					ADA LTDA				44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/07/2024 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO 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

Unimed A

· II	- Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído p	•			
343269	95656391		95656391	01/07/2024 15:46		95656391			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social								
0050000005307360									
8 - Nome									
ANA BEATRIZ LIMA MA	RQUES								
Dados do Profissional Solicita	ante								
9 - Nome do profissional solicitar		10 - Telefone	11	1 - E-mail					
MARCUS VINICIUS DAN	IELI								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica	DEITO.								
LESÃO DO LCA JOELHO DI LESÃO DO LCA JOELHO DI									
LLONG DO LON GOLLING DI	INCELLO								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do Ma 21 - Registro ANVISA do Materia		rial no fabricanto	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado			
1- 00 72320907		DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	I I 1		_ 1	,			
80044680067		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		_l ' l-	י			
2- 00 00597007		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	_ 1		_ 1	_ _ ,			
80044680085		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
3- 100066879	CANULA DE DEBRIDAÇÃO A	ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-			_ 1	,			
81288540024	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _						
4- _				_ _ _ ,	_	,			
				_ _ _ _					
5- _	<u> </u>			_	_	,			
				_ _ _ _					
6- _	_ _ _			_ _ _ , _	_	,			
				_ _ _ _	_ _				
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa	70 0000 / Faritida ana 04/07/0004 / Farana / Tit		DE LONDOINA	<u> </u>					
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/07/2024 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					
	- 11		11						