

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93074825

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N	úmero da Guia A	Atribuído n	ala Onarad	ora								
343269	umero da Guia F	Allibuluo p	она Орстаа	ora			93074	825				
4 - Data da Autorização <b>06/11/2023 10:</b> 4	5 - Senha	93(	074825	6 - Data de Va		Senha 01/2024						
Dados do Beneficiário		930	074623		03/	01/2024						
7 - Número da Carteira			8 - Valid	dade da Carteir	·a	9 -	Atendimento d	de RN	7			
0050000035785007 31/05/2024				/2024			N					
50 - Nome Social												
40. Name												
10 - Nome  ARLETE RIBEIRO DE A	AMORIM											
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Cor												
10.246.214/0001-04		UNIC	ORT E OF	RTOPEDIA I	ESPECIA							
14 - Nome do Profissional Solid JOAO PAULO FERNAN		REIRO				15 - Conselho Profissional 16 - Número do 28617				onselho	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local Se			rnacão									
19 - Código na Operadora / CN				/ Local Solicita	ıdo					21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		JNIORT	E ORTO	PEDIA ESP	ECIALIZ	ADA LT	DA			20/11/2	023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inter	nação	24 - Regime	de Internação	25 - Q	tde. Diárias <b>1</b>	Solicitadas	26 - Previsã	io de uso de OP	ME 27 - F	Previsão de u	iso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica LESÃO DO MENISCO JOEI												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (o			opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID	32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicaçã			o de Acidente (acidente ou doença relacionada)  9		
Procedimentos ou Itens Ass	istenciais Solici	itados										
34 - Tabela         35 - Código do           1- 22         30733065           2- 22         30733049           3- 98         08011081           4- 18         60024151           5-	Procedimento    _   _   _   _     _   _   _   _     _   _	REP OST PCT	EOCONE ARTROS	SUTURA DE DROPLASTIA SCOPIA DE X XA DE APAI	A - ESTA JOELHO RELHO /	BILIZAC UNIORT EQUIPA	AO, RESSE E - ENF MENTO PA	RA ARTI	/OU PLASTI	OSC 1 A # 1 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1  1
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admissã	o hospitalar 4	0 - Qtde D	Diárias Auto	rizadas 4		Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Lo			spital / Local Au	utorizado	ALIZAD <i>A</i>	LTDA					44 - Código CNES <b>6528104</b>	
UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA   6528104   45 - Observação / Justificativa   Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/11/2023 / Empresa / Titular: ULTRAMED UNIDADE DE ULTRASSONOGRAFIA LONDRINA LTDA   46 - Data da Solicitação   47 - Assinatura do Profissional Solicitante   48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   49 - Assinatura do Responsável pela Autorização   49 - Assinatura do Responsável pela Autorização   48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   49 - Assinatura do Responsável pela Autorização   49 - Assinatura do Responsável pela Autorização   48 - Assinatura do Responsável   49 -												



## 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		93074825		93074825	06/11/2023 10:40	9307	74825		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000035785007									
8 - Nome									
ARLETE RIBEIRO DE	AAMORIM								
Dados do Profissional Solid	itante								
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	11	1 - E-mail				
JOAO PAULO FERNAI	NDES GUERREIRO								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica									
LESÃO DO MENISCO JOE LESÃO DO MENISCO JOE									
LEGAO DO MENIOCO JOE	LITO LOQUENDO								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização		citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Auto	.orizado		
1- 00 100066879			ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	I I 1		_  1			
81288540024	<b>-</b>		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	, <u> </u>	: 				
2- 00 00116700	CA	NETA ABLACAO RF STRI	PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1		_  1			
80743230025		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 					
3- <b>00 78898676</b>	DIS	POSITIVO DE REPARACA	AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D			_  2	<u></u> .		
80044680449		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	· · ·			.		
4-					_	_	i_		
	_ _ _				_ _ _ _ _	_ _			
5-   _	_ _ _				_	_	<u>  </u>		
					_ _ _ _ _	_ _			
6-   _	_ _ _				_	_	il		
	_ _ _				_ _ _ _	_ _			
24 - Especificação do Materia									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/11/2023 / Empresa / Titular: ULTRAMED UNIDADE DE ULTRASSONOGRAFIA LONDRINA LTDA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		=		