

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92604955

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número	da Guia Atri	buído pela Opera	idora								
343269					9260	4955						
4 - Data da Autorização	11	- Senha	22224255	6 - Data de Valid		1						
21/09/2023	09:41		92604955		20/1	1/2023						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
7 - Número da Carteira 0050000060774250	11	lidade da Carteira 2/2024		9-	Atendimento N							
50 - Nome Social			0170	2/2024								
50 - Nome Social												
10 - Nome												
MARIA TEREZA DI	MOURA											
Dados do Contratado S												
12 - Código na Operador			13 - Nome do C	ontratado								
08.271.755/0001-32	!		HOSPITAL A	ARAUCARIA D	DE LON	DRINA L	.TDA					
14 - Nome do Profissiona	al Solicitante						elho Profissio	16 - Número do Conselho		17 - UF 18 - Código CBO		
RODRIGO SERIKA	WA DE MI	EDEIROS	;				06		26535		41	225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solicitad	do / Dados d	da Internação									
19 - Código na Operador	a / CNPJ	20 -	Nome do Hospit	al / Local Solicitado	0					21 - Data	a sugerida p	ara Internação
08.271.755/0001-32	!	НО	SPITAL ARA	UCARIA DE L	ONDRI	NA LTD	4			09/10/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimen	to 23 - Tip	oo de Internaç	ção 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qt	de. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OP	ME 27 -	Previsão de i	so de Quimioterápico
1		С		1		1			S			N
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)) (opcional)	ocional) 31 - CID 10(3) (opcional)			10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relaciona 9			oença relacionada)
Procedimentos ou Iten	s Assistenci	iais Solicitad	dos									
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307330 2- 22 307330 3- 18 600008 4- 18 600241 5-	65 49 05		OSTEOCON DIARIA DE ALUGUELT	IDROPLASTIA QUARTO COL AXA DE APAR	- ESTAI ETIVO I ELHO /	BILIZAC	AO, RESS FOS COM MENTO P	BANH ARA A	O VIDEOARTRO O E/OU PLASTI IEIRO PRIVATIV IRTROSCOPIA I	PSC 1 A # 1 O 1 PAR 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admissão hospitalar du - Qtde Diárias Autorizadas 1 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1												
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 08.271.755/0001-32 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA 44 - Código 6074502							44 - Código CNES 6074502					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 21/09/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

· II	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora						
343269	92604955		92604955	21/09/2023 09:41		92604955				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social									
0050000060774250										
8 - Nome	,									
MARIA TEREZA DE MO	URA									
Dados do Profissional Solici										
9 - Nome do profissional solicit		10 - Telefone	11	- E-mail						
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIROS									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando leső S832 Reparo ou Sutura de r	es em joelho esquerdo, demonstradas em exame físic nenisco	o e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico								
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M				. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	citado 19 - Qtde. Autorizada 20	0 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mate1- 00 00590045			23 - Nº Autorização	de Funcionamento						
1- 00 00590045 80777280006	LAMINA PARA SHAVER SET	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_	_ 1	, ,				
2- 00 78898676		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D			2					
80044680449		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		_ _	I 1/				
3-	1 1 1 1 1				1 1 1 1 1					
				_, _ _, _, _, _, _,	_,,					
4- _				_	_	,				
				_ _ _ _						
5- _				_	_	_,				
				_						
6-				_	_	,				
24 - Especificação do Material				_						
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 21/09/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA										
TOLONIO CONTINUACIO. (1-0/007 1 2000 / ETITINO ETIT 21/03/2020 / ETITINESA / TINIALE DE LOCIOTENCIA A CACOL DOS SERVIDORES INDIVIDIRAS DE LONDRINA										
OC Data da Caliatasa	OZ. Assisatura da Dadiasias di Calinia da		00 Assissed to 1	December 1 and Autorio 7						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização						