

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91425155

(Via HOSPITAL)

1 "	Número da Guia	a Atribuído	pela Opera	dora			0440	-4				
343269	I Comba			C. Data da Vali	:	2	9142	5155				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 02/06/2023 17:23			1425155	6 - Data de Vali		08/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 0050000049857200			- 11	lidade da Carteira	a	9-	Atendimento N	de RN				
50 - Nome Social			01/06/2025									
10 - Nome												
MARIA IRACI DA SILVA NORATO												
Dados do Contratado Solic	itante	-1,-										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		H	Nome do C		SDECI	11 17 A D A	LTDA					
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CB											18 - Código CBO	
ALEXANDRE RIBEIRA	4				1			28281	Consenio	41	225270	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação												
19 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	e do Hospital / Local Solicitado T E ORTOPEDIA ESPECIALIZ			ZADA LTDA			- 11		Data sugerida para Internação 16/2023 00:00			
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regim	e de Internação	25 - Q	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Prev	visão de uso de O	PME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica				-		•			-			·
29 - CID 10 Principal (opciona	30 - CID	10(2) (opci	002)	1 - CID 10(3) (op	cional		40(4) (apping	ial) 3	13. Indicação do	Acidonto (a	cidente que	loença relacionada)
20 010 101 mopal (opolishar)			onal) or old re(e) (operation)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Mulcação de	Acidente (a	9	oeriça relacionada)
Procedimentos ou Itens As												
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 18 60000805 4- 18 60024151 5-	- _ _ _ _ _ _ _ _ _	RE OS DIA	TEOCON ARIA DE UGUELT	J SUTURA DE DROPLASTIA QUARTO COI AXA DE APAR	A - ESTA LETIVO RELHO /	BILIZAC DE 2 LEI EQUIPA	AO, RESSI TOS COM MENTO PA	ECCAO BANHE ARA AR	E/OU PLAST EIRO PRIVATI RTROSCOPIA	OSC 1 TIA # 1 IVO 1	_ _ _ _	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
10-	 - -	 								İ_ 	_ _	_ _ _
Dados da autorização										-	-,1	111
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut 1	orizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	а				
42 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	I - Nome do Hospital / Local Autorizado NIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CN 6528104									44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 02/06/2023 / Empresa / Titular: SINDICATO DOS SERVIDORES PUBLICOS MUNICIPAIS DE LONDRINA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



2 - Nº Guia no Prestador

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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 91425155 91425155 02/06/2023 17:23 91425155 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000049857200 8 - Nome MARIA IRACI DA SILVA NORATO Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica PACIENTE APRESENTA LESÃO DE MENISCO LATERAL C/ROTURA ASSOCIADO A LESÃO OSTEOCONDRAL EM JOELHO ESQUERDO. ENCAMINHO PARA TRATAMENTO CIRURGICO POR VIDEOARTROSCOPIA. M232 TRANST MENISCO DEV RUPTURA OU LESÃO **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 00590045 1- 00 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 2- 00 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 02/06/2023 / Empresa / Titular: SINDICATO DOS SERVIDORES PUBLICOS MUNICIPAIS DE LONDRINA 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização