

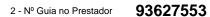
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93627553

(Via HOSPITAL)

"	Número da Guia	Atribuído p	oela Operac	lora									
343269	I Combo			C. Data da Val	:	0	93627	7553					
4 - Data da Autorização 03/01/2024 10:41 5 - Senha 93627553				6 - Data de Val		03/2024							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira			11	dade da Carteira	a	9 -	Atendimento N	de RN					
0050000054568350 01/02/2026 N													
50 - Nome Social													
10 - Nome CRISTIANE APARECIDA COSCRATO													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	lome do Co		SDECI	11 17 A D A	LTDA						
14 - Nome do Profissional So											18 - Código CBO		
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ									225270				
Dados do Hospital / Local S			•										
19 - Código na Operadora / C	11			I / Local Solicitad			D.4			11		ara Internação	
10.246.214/0001-04				RTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA							0/01/2024 00:00		
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime	de Internação	25 - Q	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Previ	são de uso de OF	PME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM	ANEXO												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)													
									9				
Procedimentos ou Itens As													
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30733065 2- 22 30733030 3- 18 60000805 4- 18 60024151 5-	o Procedimento	REP CON DIAI	NDROPLA RIA DE C JGUELTA	ASTIA (COM QUARTO COI	REMOC LETIVO RELHO /	AO DE C DE 2 LEI EQUIPA	ORPOS LI' TOS COM MENTO P <i>P</i>	VRES) - BANHE ARA AR		OSC 1 NTO 1 /O 1	- Qtde. Sol	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde D	Diárias Auto	11	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	a					
			1	1									
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104								-					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/01/2024 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS 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

Unimed #

					,	,					
	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuíd						
343269		93627553		93627553	03/01/2024 10:41]	93627553				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000054568350											
8 - Nome											
CRISTIANE APARECID	A COSCRATO										
Dados do Profissional Solici	tante										
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail						
ALEXANDRE DE OLIVE	EIRA QUEIROZ										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado				
-	Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante				23 - Nº Autorização de Funcionamento						
1- 00499293	CAI		O OB F 2,9X5,5MM 892350000	_ 1		_ 1	,				
80356130052 2-		ARTHROW COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE	/A _ _ _ _ 							
²⁻	_				_	_	_ _ _ ,				
3-	 	IIIIII		·I		 	_ _ ,				
	- 					_	IIII'III				
				·		_,, _	,				
				 	_	_,	1				
5-					_		,				
6- _	_ _ _			_ _	_	_	,				
				.		_ _					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 03/	01/2024 / Empresa / Titular:	FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS	SERVIDORES MUNICIPAIS [DE LONDRINA						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização						
					, ,		· ·				