

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92952837

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ro da Guia /	Atribuído	pela Opera	dora								
343269								9295	2837				
4 - Data da Autorização 24/10/2023	- 11	5 - Senha	92	952837	6 - Data de Va		Senha /12/2023						
Dados do Beneficiário	13.14		92	.932037		23/	12/2023						
7 - Número da Carteira				8 - Val	idade da Cartei	ra	9 -	Atendimento	de RN				
0050000053591715				01/02	/2024			N					
50 - Nome Social													
10 - Nome													
JOSE ARILDO FER	REIRA												
Dados do Contratado S	Solicitante												
12 - Código na Operador 10.246.214/0001-04			11	Nome do Co	entratado RTOPEDIA	FSPFCI	ΔΙ ΙΖΔΠΔ	ΙΤDΔ					
14 - Nome do Profissiona		te			ICTOT EDIA			elho Profissi	onal	16 - Número do 0	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE O	LIVEIRA	A QUEIRO	οz				06			17905		41	225270
Dados do Hospital / Lo		ado / Dado	os da Inte	ernação									
19 - Código na Operador 10.246.214/0001-04		- 11			I / Local Solicita PEDIA ESF		74D4 I T	DΔ			11	a sugerida p 2023 00:0	ara Internação
22 - Caráter do Atendimen		Tipo de Inter			e de Internação		tde. Diárias		26 - Pr	revisão de uso de Ol	<u> </u>		so de Quimioterápico
1		С	,		1		3			S			N
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA		' 0	<u>.</u>										
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 doc							oença relacionada)						
Procedimentos ou Itens	Assistan	naiaia Calia	itadaa									9	
34 - Tabela 35 - Códi 1- 22 307260 2- 18 600003 3- 18 600008 4-	go do Prod 34 84		36 - AR	ARIA DE A	ACOMPANHA	ANTE CO	DM REFEI DE 2 LEI	CAO CON	IPLET.	HEIRO PRIVATI	CIR 1 3 VO 3	- Qtde. Soli	3 3 - Qtde. Aut. 1 3 3
11-	_ _ _ _ _ _	III									_ _	_	_ _
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada													
39 - Data provavel da Ad	missao no	spitalar 4	iu - Qtae	Diarias Auto	orizadas 4		e Acomodaç	ao autorizad	ia				
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 24/10/2023 / 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 Dela Autorização													



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	iciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		92952837		92952837	24/10/2023 15:14	92952837			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000053591715									
8 - Nome									
JOSE ARILDO FERRE	RA								
Dados do Profissional Solid									
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	11	I - E-mail				
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica									
INDICAÇÃO CLINICA EM									
INDICAÇÃO CLÍNICA EM	ANEXO								
•									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 74906119		22 - Referência do mate	rial no fabricante LLICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO	23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
80044680276	CO		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-	_ 1			
2- 74902318	INS		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	1		_ 1 _ ,			
80044680272	1143		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		1 1	_ '			
3- 00 73990930	CO		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01			_ 1 ,			
80044680277			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
4- 00 72397950	CIN	IENTO OSSEO PARA ORT	TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	I I 2		_ 2 _ _ , _			
10243070064		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. <u></u> _ _ _ _					
5- _					_	_			
6- _	_ _ _				_	_			
	_ _ _				_ _ _ _	_ _			
24 - Especificação do Materia									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/10/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				
					-				