

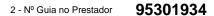
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95301934

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	- II							934				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid	dade da Ser	nha						
29/05/2024	17:16		95301934		28/07	7/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			† †	lidade da Carteira	ı	9 - /	Atendimento d	le RN				
0050000036033050)		17/0	9/2024			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome MAGALI REGINA DE SOUZA												
Dados do Contratado	Solicitant	е										
,	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissiona			<u> </u>		11 11			16 - Número do C				
JOAO PAULO FER	NANDE	S GUERRI	EIRO		0	06 28617			28617		41	225270
Dados do Hospital / Lo			-							04 0.1		
19 - Código na Operado 10.246.214/0001-04		11	- Nome do Hospit			DA LTI	DA			1	a sugerida p 2024 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimer 1	23 -	- Tipo de Interna C	ação 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde	e. Diárias : 1	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OP S	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico N
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			2) (opcional) 3	(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33 -		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			loença relacionada)
Procedimentos ou Iten												
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307330	65 49 37 22 54	IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII	OSTEOCON PUNCAO AI RETIRADA DIARIA DE ALUGUELT	IDROPLASTIA RTICULAR DIA DE FIOS, PINO APARTAMEN' AXA DE APAR	- ESTABI AGNOSTIO DS, PARAI TO SIMPL	ILIZACA CA OU T FUSOS LES QUIPAI	AO, RESSE TERAPEUT OU HASTE MENTO PA	CCA ICA (ES ME	O VIDEOARTRO O E/OU PLASTI (INFILTRACAO) ETALICAS INTR .RTROSCOPIA I	PSC 1 A # 1 - O 1 A-O 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1
Dados da autorização												
39 - Data provável da Ad	lmissão ho	ospitalar 40	- Qtde Diárias Aut 1	orizadas 41		comodaç	ão autorizada					
1 " '			11	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA								44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justifica Telefone Contratado:				·					RES DAS ESCOLA			



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	rciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		95301934		95301934	29/05/2024 17:16	95301934				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0050000036033050										
8 - Nome										
MAGALI REGINA DE SOUZA										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	11	- E-mail					
JOAO PAULO FERNA	NDES GUERREIRO									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica DOR E EDEMA LATERAL EM JOELHO ESQUERDO + POR DE FRATURA COM UM PARAFUSO ESPONJOSO + LESÃO CONDRAL , VAI FAZER UMA INFILTRAÇÃO DOR E EDEMA LATERAL EM JOELHO ESQUERDO POR DE FRATURA COM UM PARAFUSO ESPONJOSO										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do	Material 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mate	rial	22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização						
1- 100066879	CA		ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	1		_ 1 _ ,				
81288540024 2-		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
²⁻	 				_					
3-		IIIII								
					_,					
4- _				_ _ _	_ _ _ ,	_				
	_ _ _				_ _ _ _	_ _				
5- _					_ _ _ , _	_ _ _ ,				
					_ _ _ _					
6- _	_ _ _				_					
						_ _				
24 - Especificação do Materia										
25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/05/2024 / Empresa / Titular: SINDICATO DOS PROFESSORES DAS ESCOLAS PARTICULARES DE LONDRINA										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					