

89781873



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Gui	a Atribuído p	pela Operadora 89781873								
4 - Data da Autorização 10/01/2023 10:	5 - Senha		89781873	6 - Data de V	/alidade da Senha	23					
Dados do Beneficiário			09/010/3		11/03/20	2.5					
7 - Numero da Carteira			8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento	de RN					
0050000054403270			01/02/2024		N						
•	10 - Nome JOAO VICTOR CARVALHO PARREIRA 11 - Cartão Nacional de Saúde 703009883483677										
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	e do Contratado RT E ORTOPEDIA ES	SPECIALIZ	ADA LTDA						
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ				11		16 - Número 17905	6 - Número do Conselho		18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Local Solicit	ado / Dados da Inte	rnação									
19 - Código na Operadora / CNF			Hospital / Local Solicitado					21 - Data s	ugerida pat	a Internação	
10.246.214/0001-04	10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 21/01/2023 00:00										
22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Intern	açao 24	- Regime de internação 1	25 - Qtae. a	iárias Solicitadas 1	26 - Previs	6 - Previsão de uso de OPME S 27 - Previs			isão de uso de Quimioterápico	
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10(2)	(opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional) 33	- Indicação d	le Acidente (acid	lente ou doenç 9	a relaciona	da)	
Procedimentos ou Itens Assister	nciais Solicitados										
34 - Tabela 35 - Código do	Procedimento	RECO TRAN DIARI	scrição IRO OU SUTURA DE DNSTRUCAO, RETEI ISPOSICAO DE MAIS IA DE QUARTO COI BUELTAXA DE APAF	NCIONAMI S DE 1 TEI LETIVO DE RELHO / E	ENTO OU REI NDAO - TRAT E 2 LEITOS CO QUIPAMENTO	FORCO D AMENTO OM BANH O PARA A	O LIGAMEI O CIRURGIC HEIRO PRIV ARTROSCO	RTROSC NTO CR O ATIVO	1 1 1 1	olic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada											
<u> </u>	· 	,	1 1								
1 .			e do Hospital / Local Autoriz RT E ORTOPEDIA ES	PEDIA ESPECIALIZADA LTDA						44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 10/01/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIP AIS DE LONDRINA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
	.										



89781873



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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	a	4 - Senna		5 - Data da Autorização	6 - Numero da Guia atribuido pela Operadora		
343269		89781873		89781873	10/01/2023 10:27	89781873		
Dados do Beneficiário								
7 - Numero da Carteira		8 - Nome						
0050000054403270		JOAO VICTOR CARVA	ALHO PARREIRA					
Dados do Profissional Solicitant	9							
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	11	- E-mail			
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ			11				
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM	ANEXO							
INDICAÇAO CLINICA EM								
•								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do It		Descrição			Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So			
21 - Registro ANVISA do materi		MINIA DADA GUAVED G	22 - Referência do material no fab			23 - Nº Autorização de Funcionamento		
1- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER SI		3	:			
80777280006			RCIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>					
2- 00 00116700	CA		TRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1	,	_ _ 1 _ _ , _		
80743230025		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		l ₋	_ _ _ _		
3- 00 00597007	PA	RAFUSO INTERFERENC	CIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CABE	1	,	_ _ 1 _ _ , _		
80044680085		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		I.			
4- 00 70627657	PL	ACA ENDOBOTTON PA	RA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLAC	_ 1	,	_ _ 1 _ _ , _		
10208610040		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESORT		Ĺ			
5-								
		<u> </u>		- ,, -				
6-		•	IIIIIIIII					
				- II				
	_	<u> </u>		lll				
24 - Especificação do material								
25 - Observações / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 10/01/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIP								
AIS DE LONDRINA								
00 D t t 0 l' " "	llog A · · · · ·	r : 10 lb : 1	11	00 1 1 1				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	tissional Solicitante		28 - Assinatura do I	Responsável pela Autorização			
_/	.							