

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92170000

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído	nela Onerac	lora								
343269	rvamero da Gala	Attibuluo	рска Орстас	iora			92170	000				
4 - Data da Autorização	5 - Senha		170000	6 - Data de Va								
11/08/2023 09:08   92170000   10/10/2023     Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
0050000053680220 01/02/2024				/2024			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome INEZ DE FATIMA OLIVEIRA LANARO												
Dados do Contratado Solid	itante											
12 - Código na Operadora		- 11	Nome do Co									
10.246.214/0001-04		UNIC	ORT E OI	RTOPEDIA I								
14 - Nome do Profissional Solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS					- 11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 22343				Conselho   17 - UF   18 - Código CBO   225270		
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dad	los da Inte	ernação									
19 - Código na Operadora / C	11			I / Local Solicita								ara Internação
10.246.214/0001-04				PEDIA ESP						<u> </u>	023 00:0	
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime	de Internação	25 - Qto	de. Diárias <b>1</b>	Solicitadas 2	26 - Previsã	o de uso de OP	ME   27 - P	revisão de u	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM	ANEVO											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (c			opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>			
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	citados										
1- 22       30729181       HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO       1         2- 22       30729203       OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT       3         3- 98       08011046       PCT LIGAMENTOPLASTIA UNIORTE - ENF       1         4- 18       60000384       DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA       1							c. 38 - Qtde. Aut. 1 3 1					
5-										          		
Dados da autorização  39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Otdo 1	Diárias Auto	rizadas 14.	1 - Tipo do	Acomodos	ão autorizada	7				
55 - Data provavel da Admiss	อลบ กบรุมเสเสร	→v - Wide I	Diarias Auto <b>1</b>	nizadas   4		-comodaç	au autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado				11						44 - Código CNES <b>6528104</b>		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/08/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

1 - Registro ANS		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído p	•
343269	92170000		92170000	11/08/2023 09:08		92170000
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000053680220						
8 - Nome	<u> </u>					
<b>INEZ DE FATIMA OLIV</b>	EIRA LANARO					
Dados do Profissional Solic	itante					
9 - Nome do profissional solici	itante	10 - Telefone	11	- E-mail		
CESAR EDUARDO CA	STRO FERREIRA MARTINS					
Dados da cirurgia			'\			
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M	Material 15 - Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate	erial 22 - Referência do materi	ial no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00947210	PARAFUSO COMPRESSAO S	SNAP 2,0X11MM P01.020.011	2	,	_  2	,
10314800071	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _		
2- <b>75607298</b>	PARAFUSOS DE COMPRESS	AO CANULADO PEQUENOS E GRANDES F	2	,	_  2	,
81118460005	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _		
3- <b>00 00193178</b>	FIO KIRSCHNER 0,8X300MM	40012300080	1	,	_  1	,
10223680050			_ _ _ _			
4-   _	_ _ _			_	_	,
			_ _ _ _	_ _ _ _ _ _	_	
5-   _	_ _ _			_	_	,
			_ _ _ _	_ _ _ _ _ _	_	
6-   _	_ _ _		_   _ _	_	_	,
					<u> </u>	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3	3372-0900 / Emitido em 11/08/2023 / Empresa / Titular: F	FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVID	ORES MUNICIPAIS D	E LONDRINA		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		