

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91606784

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído <sub>I</sub>	pela Operac	dora								
343269							916067	784				
4 - Data da Autorização 21/06/2023 16	5 - Senha		606784	6 - Data de Va		Senha 08/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			- 11	dade da Cartei	ra	9 -	Atendimento d	e RN	]			
0050000059528179 01/02/2024 N												
50 - Nome Social												
10 - Nome MARCIO SHINAIDE												
Dados do Contratado Solid	itante											
12 - Código na Operadora		11	Nome do Co									
10.246.214/0001-04		UNIC	ORT E O	RTOPEDIA	ESPECIA							
14 - Nome do Profissional Solicitante  JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO						15 - Conse <b>06</b>	elho Profissiona	- 11	· Número do C <b>237</b>	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	los da Inte	ernação									
19 - Código na Operadora / C	11			I / Local Solicita						1		ara Internação
10.246.214/0001-04				PEDIA ESP	PECIALIZ	ADA LT					2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime	de Internação 1	25 - Qt	de. Diárias <b>1</b>	Solicitadas 2	?6 - Previsã	o de uso de OP	ME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM												
29 - CID 10 Principal (opciona	30 - CID 1	0(2) (opcio	onal) 31	- CID 10(3) (o	pcional)	32 - CID	10(4) (opcional	33 -	Indicação de A		cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	citados										
34 - Tabela         35 - Código o           1- 22         30729050           2- 22         30101450           3- 22         30729203           4- 18         60000805           5-	o Procedimento	AR <sup>-</sup> EXE OS <sup>-</sup>	ERESE E TEOTOMI RIA DE (	E METATAR SUTURA DE A OU PSEU QUARTO CO	E LESOES DARTRO DLETIVO	S (CIRCU SE DOS DE 2 LEI	LARES OU METATARS TOS COM B	NAO) CC OS/FAL ANHEIR	OM ROTACA ANGES - TR O PRIVATIV	ME 1 AO 1 AT 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1  1
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde I	Diárias Auto	orizadas 4	11 - Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	1				
			1	1	<u> </u>							44 0/ 15 00/75
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  44 - Código 0 6528104							44 - Código CNES <b>6528104</b>					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 21/06/2023 / 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												
46 - Data da Solicitação	47 - As	sinatura de	o Profission	al Solicitante	48 - Assir	natura do F	eneficiário ou l	Responsáv	el 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		91606784		91606784	21/06/2023 16:06	91606784	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000059528179							
8 - Nome							
MARCIO SHINAIDE							
Dados do Profissional Solic	tante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	- E-mail		
JOSE EVERALDO PED	ROLLO FILHO						
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 Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate	rial no fabricante	23 - Nº Autorização			
1- 00 00193178	FIO	KIRSCHNER		<u>  1                                   </u>		_  1	
10223680050 2-							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3 26 - Data da Solicitação		· 	FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERV		E LONDRINA  Responsável pela Autorização		