

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93325473

(Via HOSPITAL)

4 - Data da Autorização       28/11/2023 15:47       5 - Senha       6 - Data de Validade da Senha         28/11/2023 15:47       93325473       6 - Data de Validade da Senha         27/01/2024             Dados do Beneficiário         7 - Número da Carteira       8 - Validade da Carteira       9 - Atendimento de RN         0050000055029810       01/02/2024       N							
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira  8 - Validade da Carteira  9 - Atendimento de RN							
7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN							
0050000055029810							
50 - Nome Social							
10 - Nome HELIO VITOR LOVO							
Dados do Contratado Solicitante							
12 - Código na Operadora							
14 - Nome do Profissional Solicitante   15 - Conselho Profissional   16 - Número do Conselho   17 - UF   18 - Código CBO							
BRUNO BOSIO DA SILVA   06   32301   41   225270							
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação							
19 - Código na Operadora / CNPJ   20 - Nome do Hospital / Local Solicitado   21 - Data sugerida para Interna   10.246.214/0001-04   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA   09/12/2023 00:00							
22 - Caráter do Atendimento     23 - Tipo de Internação     24 - Regime de Internação     25 - Qtde. Diárias Solicitadas     26 - Previsão de uso de OPME     27 - Previsão de uso de Quim       1     1     1     S     N							
28 - Indicação Clínica Lesão manguito rotador							
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 doença relaced servicios de Acidente ou doença relaced servicios de Acidente (acidente ou doença relaced servicios de Acidente ou doença relaced servicios de Acidente (acidente ou doença relaced servicios de Acidente ou doença relaced servicios de Acidente (acidente ou doença relaced servicios de Acidente ou doença relaced servicios de Acidente (acidente ou doença relaced servicios de Acidente ou doença relaced servicios de Acidente (acidente ou doença relaced servicios de Acidente ou doença relaced servicios de Acidente (acidente ou doença relaced servicios de Acidente ou doença relaced servicios de Acidente (acidente ou doença relaced servicios de Acidente ou doença relaced servicios de Acidente (acidente ou doença relaced servicios de Acidente ou doença relaced servicios de Acidente (acidente ou doença relaced servicios de Acidente ou doença relaced servicios de Acidente (acidente ou doença relaced servicios de Acidente ou doença relaced servicios de Acidente (acidente ou doenç							
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados							
34 - Tabela   35 - Código do Procedimento   36 - Descrição   37 - Qtde. Solic.   38 - Qtde.   37 - Qtde.   38 - Qtde.   37 - Qtde.   38 - Qtde.   37 - Qtde.   38 - Qtde.							
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada							
1 1							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  44 - Código 6528104							
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/11/2023 / 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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		93325473		93325473	28/11/2023 15:47	93325473	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000055029810							
8 - Nome							
HELIO VITOR LOVO							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
BRUNO BOSIO DA SIL	VA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica							
Lesão manguito rotador Lesão manguito rotador							
Lesao mangano rotador							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fahricante	16 - Opção 17 - Qtd		citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado	
1- 00 72549912			JUGGERKNOTLESS - 010000324: 1.45 MM J			_  3	
80044680279			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>			
2- 00241202	TRO	OCATER ARTROSCOPICO	0 8,25X90MM PARTRO009	2		_  2  _ _ , _	
80371250020		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.—. 			
3- 100066879	CAI	NULA DE DEBRIDAÇÃO A	ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	<u>  </u> 2	_ _ ,	_  2	
81288540024		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- 00608459	POI	NTEIRA DE RF 90GRAUS	ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA	<u> _ </u> 1	,	_  1     _ ,	
80082910131		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _		
5- <b>00622494</b>	GAI	NCHO COMPRESSAO SU	TURA BIP 74201000	<u>  </u> 1	,	_  1	
80356130057		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
6-   _	_ _ _				_   _ _ ,	_	
						_ _	
24 - Especificação do Materia							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/11/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA							
Totalana Contratado. (40/00/2 0000 / Enimaco cin 20/11/2020 / Enimaco c							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização		
	II.						