

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92834058

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Núm	ero da Guia Atr	buído pela Opera	dora]			
343269	3269 9283405				92834058				
4 - Data da Autorização 13/10/2023 09:03	5 - Senha	92834058	6 - Data de Validade	da Senha 12/12/2023					
Dados do Beneficiário		0200 1000		12,12,2020					
7 - Número da Carteira		8 - Val	idade da Carteira	9	Atendimento de RN				
0050000059918880		01/02	2/2024		N				
50 - Nome Social									
10 - Nome									
CRISTINA SEIXAS SIBAL	DELLI								
Dados do Contratado Solicitan 12 - Código na Operadora	e	13 - Nome do Co	ontratado						
10.246.214/0001-04		ł	RTOPEDIA ESPE	CIALIZADA	LTDA				
14 - Nome do Profissional Solicita		CANA			elho Profissional	16 - Número do Conselho		17 - UF	18 - Código CBO
Dados do Hospital / Local Solid				06		30165		41	225270
19 - Código na Operadora / CNP.		-	al / Local Solicitado				21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04	UN	IIORT E ORTO	PEDIA ESPECIA	LIZADA LTI	DA		20/10/2	023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento 23	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	e de Internação 25	- Qtde. Diárias : 1	Solicitadas 26 - P	revisão de uso de OP S	ME 27 - P	revisão de u	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM ANE			<u> </u>						
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)) (opcional) 3	cional) 31 - CID 10(3) (opcional)		10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada 9			oença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assiste	enciais Solicita	dos							
34 - Tabela 35 - Código do Pr		CONDROPL RECONSTRI TRANSPOSI DIARIA DE ALUGUELTA	J SUTURA DE UM ASTIA (COM REM UCAO, RETENCIO CAO DE MAIS DE QUARTO COLETIV AXA DE APARELH	OCAO DE C NAMENTO (1 TENDAO - /O DE 2 LEI' O / EQUIPA	ORPOS LIVRES DU REFORCO E - TRATAMENTO TOS COM BANI MENTO PARA	S) - PROCEDIME DO LIGAMENTO O CIRURGICO HEIRO PRIVATIV ARTROSCOPIA I	PSC 1 NTO 1 CR 1 1 O 1 PAR 1	Qtde. Soli	C. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão h	ospitalar 40 ·	· Qtde Diárias Auto	orizadas 41 - Tipo	o de Acomodaç	ão autorizada				
42 - Código na Operadora / CNP		1 43 - Nome do Ho	Despital / Local Autorizad	do					44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104									
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 13/10/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável pela Autorização									



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 92834058	4 - Senha	92834058	5 - Data da Autorização 13/10/2023 09:03	6 - Número da Guia atribuído	o pela Operadora 92834058
	92634058		92034036	13/10/2023 09:03		92034030
Dados do Beneficiário	V					
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000059918880						
8 - Nome						
CRISTINA SEIXAS SIB	ALDELLI					
Dados do Profissional Solici	tante					
9 - Nome do profissional solicit	ante	10 - Telefone	11	1 - E-mail		
GUILHERME JOSE MIY	ASAKI PIOVESANA					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica	NEVO					
INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A						
						1
00115 0 11 11 1						
OPME Solicitadas	45 Description	44	2 0	- Caliatrada 40 Malanthatria Calia	itada 40 Otda Artariaada (20. Valan Haitéria Autorianda
13 - Tabela 14 - Código do N 21 - Registro ANVISA do Mate			o - Opçao 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitario Autorizado
1- 00 72320907		E LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	_ 1		_ 1	_ _ ,
80044680067	ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		-	1-1-1-1-1/1-1-1
2- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SETO	DRMED - 001030306	_ 1	_ _ ,	_ 1	_ _ , _
80777280006	ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _			
3- 00 00597007	PARAFUSO INTERFERENCIA	REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	_ 1	, ,	_ 1	_ _ , _
80044680085	ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _		
4- _ _		<u></u>	_ _ _	_	_	_ _ , _
			_ _ _	_ _ _ _ _ _	_	
5- _			_ _ _	_		_ _ , _
		_ _ _ _ _.		_ _ _ _ _		
6- _			- -		-	,
			-		_	
24 - Especificação do Material						
05. 01						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 13/10/2023 / Empresa / Titular: F	UNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORI	ES MUNICIPAIS D	DE LONDRINA		
(10)						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		