

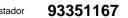
## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93351167

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela O	)peradora							
343269		· 				93351167				
4 - Data da Autorização 30/11/2023 14:	5 - Senha	933511	6 - Data de Val		enha 1/2024					
Dados do Beneficiário	.09	933311		23/0	1/2024					
7 - Número da Carteira		8	- Validade da Carteira	a	9 - Atend	dimento de RN				
0050000053493942 01/02/2024						N				
50 - Nome Social										
10 - Nome  LUIZ ALBERTO LIMA	10 - Nome  LUIZ ALBERTO LIMA JUNIOR									
Dados do Contratado Solid	itante									
12 - Código na Operadora 08.271.755/0001-32		11	do Contratado	DE LONI	ORINA I TO	Δ				
14 - Nome do Profissional So	licitante	11001117	TE AIGOOAIGA		15 - Conselho F		16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIR	os			06 26535				41	225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	os da Internaçã	ăo						-	
19 - Código na Operadora / C 08.271.755/0001-32	11		ospital / Local Solicitad		IA I TDA			l <b>i</b>	sugerida pa 023 00:00	ara Internação
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte		Regime de Internação		e. Diárias Solici	tadas 26 - Pr	revisão de uso de OP	<u> </u>		so de Quimioterápico
1	C	inação   24 PK	1		1		S			N
28 - Indicação Clínica S832 Reparo ou Sutura de	menisco									
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)		o(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (op	Cional)	32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de A	g		Dença relacionada)
Procedimentos ou Itens As								07	Otala Calia	20 Otda Aut
1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 18 60000805	o Procedimento	OSTEOC DIARIA I	O OU SUTURA DE CONDROPLASTIA DE QUARTO COI	A - ESTAE LETIVO D	BILIZACAO, DE 2 LEITOS	RESSECCA COM BANH	O E/OU PLASTI HEIRO PRIVATIV	OSC 1 A# 1 O 1	Qtde. Solic	1 1 1
4- 18   60024151   5-		   	ELTAXA DE APAR					PAR 1		1
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde Diárias	s Autorizadas 41	1 - Tipo de A	Acomodação au	utorizada				
·		1	11							
42 - Código na Operadora / 0 08.271.755/0001-32	CNPJ autorizado	11	do Hospital / Local Au		ORINA LTD	Α			- 11	44 - Código CNES <b>6074502</b>
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 30/11/2023 / 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										





Unimed A
Londrina

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	- Senha			6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	933511	57	93351167	30/11/2023 14:09		93351167		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
0050000053493942								
8 - Nome								
LUIZ ALBERTO LIMA	UNIOR							
Dados do Profissional Solic	itante							
9 - Nome do profissional solici		10 - Telefone	11	I - E-mail				
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIROS							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesõ S832 Reparo ou Sutura de		sico e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico						
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do I				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- <b>00 00499293 80356130052</b>		CAO OB F 2,9X5,5MM 892350000 ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_  ,	_  1	_ _ , _		
2- <b>00 78898676</b>		ACAO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D			_  2	,		
80044680449		ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		_l <del>_</del>			
3-					_	_ _ , _		
				_				
4-	_ _ _			_	_	,		
	_ _ _			_ _ _ _				
<sup>5-</sup>				_	_	_ _ , _		
	 	-		_ _ _ _	 _	,		
•   <u></u>	_ _ _			_	_	I—I—I—I"I—I—I		
24 - Especificação do Material					<u> </u>			
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 30/11/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				