

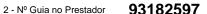
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93182597

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ro da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora									
343269	II						32597						
4 - Data da Autorização 5		5 - Senha		6 - Data de Valid	6 - Data de Validade da Senha								
14/11/2023 18:00		93182597		13/01/202	4								
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN													
0050000046770081	0/2025		- Atendiment N										
50 - Nome Social													
10 - Nome													
ROSANE SUELY ALVARES LUNARDELLI													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado													
14 - Nome do Profissional	10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO												
CESAR EDUARDO			RA MARTINS		06	1		22343		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 Internação													
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 17/11/2023 00:00													
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Interna		' ' '		11	- Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pr		11		Previsão de uso de Quimioterápico				
28 - Indicação Clínica		С		1	1			S			N		
29 - CID 10 Principal (opc M659		30 - CID 10(2 M659) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - C	D 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A	•		loença relacionada)		
M659 M659 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados													
34 - Tabela 35 - Códig			36 - Descrição	·					37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.		
1- 22 3073122					TRANSPOSICAO UNICA DE TENDAO 1 1								
								1					
	3- 22 30731127 TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										1		
5- 18 6000080								IEIRO PRIVATIV	0 1		1		
6- _	_								_	_			
7-	-									_			
8- _ _ _ _ _ _ _ _ _	- 	 							 	- 	 		
10-	 -	 							- _		 		
11-	_									_	_		
12-	_								L	_	_		
Dados da autorização													
39 - Data provável da Adn	nissão ho	spitalar 40	- Qtde Diárias Au 1	torizadas 41 1	- Tipo de Acomo	ação autorizad	da						
42 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	autorizado	o Hospital / Local Autorizado E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA							44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/11/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DO PESSOAL DA UNIVERSIDADE EST DE LONDRINA													
A STANSON STANSON AND A STANSO													
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura d	Beneficiário o	ou Respo	onsável 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização		



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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 93182597 93182597 14/11/2023 18:00 93182597 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000046770081 8 - Nome **ROSANE SUELY ALVARES LUNARDELLI** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica LESÃO AGUDA DE TENDÃO CALCANEO LESÃO AGUDA DE TENDÃO CALCANEO **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 00597007 1- 00 PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB 80044680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 78891353 SUTURA CIRURGICA AGULHADA SUTURFIX - 0234241-090 - SUTURFIX. 2- 00 80083650084 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |__|__|, 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/11/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DO PESSOAL DA UNIVERSIDADE EST DE LONDRINA 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização