



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94735316**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94735316
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 11/04/2024 14:07	5 - Senha 94735316	6 - Data de Validade da Senha 10/06/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000040256777	8 - Validade da Carteira 01/10/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome SARA PATRICIA DOS SANTOS
--

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 23237	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
--	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 20/04/2024 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica OSTEOCONDROPLASTIA ESTABILIZACAO RESSECCAO

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 relacionada) 9
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30734045	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E OU PLASTIA (E	1	1
2- 22	30728150	LESOES LIGAMENTARES CRONICAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAM	1	1
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
4- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 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 CNES 6528104
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/04/2024 /REFERENTE 00781401 - LAMINA MICRO SERRA SS 011 A 9,4X31MM 792810000 - Anvisa: 80356130 059 - Referência: SS011A-31 - Qtde: 1 - Valor Unit.: 1.450,00 - Valor Total: 1.450,00 Fornecedor: ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS *** Para clientes Londrina são paronizados materiais instrumentais cirúrgicos - inclusos em taxa *** / Empresa / Titular: LONDRINA ILUMINACAO S A

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94735316	4 - Senha 94735316	5 - Data da Autorização 11/04/2024 14:07	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94735316
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000040256777	29 - Nome Social

8 - Nome
SARA PATRICIA DOS SANTOS

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia
<p>12 - Justificativa técnica</p> <p>OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO</p> <p>OSTEOCONDROPLASTIA ESTABILIZACAO RESSECCAO</p> <p>REFERENTE 00781401 - LAMINA MICRO SERRA SS 011 A 9,4X31MM 792810000 - Anvisa: 80356130059 - Referência: SS011A-31 - Qtde: 1 - Valor Unit.: 1.450,00 - Valor Total: 1.450,00 Fornecedor: ARTHROM COMERCIO DE IMPLANT</p> <p>ESORTOPEDICOS *** Para clientes Londrina são paronizados materiais instrumentais cirúrgicos - inclusos em taxa ***</p>

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
<p>Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/04/2024/REFERENTE 00781401 - LAMINA MICRO SERRA SS 011 A 9,4X31MM 792810000 - Anvisa: 80356130059 - Referência: SS011A-31 - Qtde: 1 - Valor Unit.: 1.450,00 - Valor Total: 1.450,00 Fornecedor: ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS *** Para clientes Londrina são paronizados materiais instrumentais cirúrgicos - inclusos em taxa *** / Empresa / Titular: LONDRINA ILUMINACAO S A</p>

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---