

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92758083

(Via HOSPITAL)

1 " 11	Número da Guia	Atribuído pela Op	eradora								
343269					927	58083					
4 - Data da Autorização	5 - Senha		- 11	/alidade da Sei	1						
05/10/2023 09	:08	9275808	33	04/12	2/2023						
Dados do Beneficiário		115									
7 - Número da Carteira 0050000054314634		11	Validade da Carte /02/2024	eira	9 - Atendimen	to de RN					
			102/2024			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					
50 - Nome Social											
40 Maria											
10 - Nome ZELIA MARIA DO NASCIMENTO SILVA											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome d	o Contratado								
10.246.214/0001-04		UNIORT E	ORTOPEDIA	ESPECIAL	IZADA LTDA						
14 - Nome do Profissional So	olicitante			1	5 - Conselho Profis	sional	16 - Número do Cons	selho 17 - UF	18 - Código CBO		
DANIEL FERREIRA F	ERNANDES V	IEIRA	1		06		19475	41	225270		
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dado	os da Internação)					-			
19 - Código na Operadora / 0	- 11		spital / Local Solic				11	21 - Data sugerida _l			
10.246.214/0001-04		JNIORT E OF	RTOPEDIA ES	PECIALIZA	DA LTDA		1	10/10/2023 00:0)0		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inter	rnação 24 - Re	gime de Internação	25 - Qtde	e. Diárias Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OPME	27 - Previsão de	uso de Quimioterápico		
1	С		1		2		S		N		
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM	ANEXO										
00.000.000.000	-I) 00 0ID 11	2(0) (010 40(0)		00. OID 40/4) /		00 10 10 00 00 10 10 10 10	Leafer for 2 leafers			
29 - CID 10 Principal (opcion	ai) 30 - CID 10	O(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opci	onai)	33 - Indicação de Acid	dente (acidente ou e	doença relacionada)		
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Solic	itados						-			
	do Procedimento	36 - Descriç	ão					37 - Qtde. So	lic. 38 - Qtde. Aut.		
1- 22 30735033		ACROMIC	OPLASTIA - PF	ROCEDIMEN	ITO VIDEOART	ROSCO	PICO DE OMBRO	1	1		
2- 22 30735068							/IDEOARTROSCO		1		
3- 22 30735084 4- 18 60000805							O VIDEOARTROS IEIRO PRIVATIVO		1 2		
5- 18 60024151							RTROSCOPIA PA		1		
6-								 			
7-								_			
8- _	_ _ _										
9-	_ _ _ _										
10- _	_ _ _ _										
11-	_										
Dados da autorização 39 - Data provável da Admis	são hospitalar	10 - Qtde Diárias	Autorizadas	41 - Tipo de A	comodação autoriza	ada					
Joe Bala provide ad riamino	ouo moopiiaiai	2	11	1	oomodayao aatonza						
42 - Código na Operadora /	43 - Nome d	D Hospital / Local	Autorizado					44 - Código CNES			
10.246.214/0001-04		DIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104									
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/10/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA											
Telefone Contratado: (43)	3372-0900 / Em	itido em 05/10/2	2023 / Empresa /	Titular: FUND	DO DE ASSISTEN	ICIA A S	AUDE DOS SERVID	ORES MUNICIPA	AIS DE LONDRINA		
AC Data da Calicitação	1 - 4	inature de Duri	sional Callatte	T 40 A 1	turo do Describilita	ou Dr	anaával 10 Assins	atura de Deservor	vol polo Autorio a "		



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora						
343269		92758083		92758083	05/10/2023 09:08	92758083						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social										
0050000054314634												
8 - Nome												
ZELIA MARIA DO NAS	CIMENTO SILVA											
Dados do Profissional Solicitante												
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone		11 - E-mail							
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA											
Dados da cirurgia												
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A												
OPME Solicitadas												
13 - Tabela 14 - Código do 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição	ial no fabricante		de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solido de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado						
1- 00596221		22 - Referência do material no fabricante GUIA FLEXIVEL PASSADOR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M				_ 1						
80743230002	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLI											
2- 00 71502718	ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVE				_ 3							
80044680086			I—I									
- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001			2		_ 2							
		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	·—-	<u></u>								
		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 2	00 1		1							
		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	.TDA _ _									
5- 00 70917540 CANULA PARA ARTROSCOPIA S		PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANU	ILA CO 1		_ 1							
80777280003		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	.TDA _ _ _ _								
6- 00 00151424	IRR	IGADOR IRRIGOPLASS 0	4 VIAS 8010401	<u> 1</u>	, ,	_ 1 <u> , </u>						
10395270060				_ _ _ _								
24 - Especificação do Materia	<u> </u>											
25 - Observação / Justificativa												
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/10/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA												
						1						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura	do Responsável pela Autorização							