

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94418026

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núm	ero da Guia Atr	buído pela Opera	dora		944	19026				
		E Conho	1	C Data da Vali	dada da Canha	7	18026				
4 - Data da Autorização 14/03/2024	1	5 - Senha	94418026	6 - Data de Vali	dade da Senna 13/05/202	4					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira		- Atendiment					
005000005503024	9		01/02	2/2026		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome)										
Dados do Contratado		e									
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-0			13 - Nome do Co	ontratado RTOPEDIA E	SPECIALIZAI	A LTDA					
14 - Nome do Profission					15 - Co	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 17905			onselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo][
19 - Código na Operado				al / Local Solicitad	lo				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-0	4	UN	IORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA I				1	2024 00:0	
22 - Caráter do Atendime	nto 23	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde. Diári		26 - Pr	evisão de uso de OPI S	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
29 - CID 10 Principal (op	ocional)	30 - CID 10(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (ope	cional) 32 - C	D 10(4) (opcio	nnal)	33 - Indicação de A	cidente (a		loença relacionada)
Procedimentos ou Iter	ne Assiste	enciais Solicita	dos							9	
34 - Tabela 35 - Cóo	digo do Pro	ocedimento	36 - Descrição	STIA TOTAL F	NE 10EL 110 C	NA IMPLAN	TEC 1	FDATAMENTO C		' - Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307260 2- 18 600003				STIA TOTAL L ACOMPANHAI				ΓRATAMENTO C Δ	IR 1 3		1 3
3- 18 60000								A IEIRO PRIVATIV			3
4-											
Dados da autorização											
39 - Data provável da A	dmissão h	ospitalar 40	Qtde Diárias Aut	orizadas 41 1	- Tipo de Acomo	ação autorizad	da				
42 - Código na Operado 10.246.214/0001-0		J autorizado		ospital / Local Aut		A LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/03/2024 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatura d	Beneficiário o	ou Respo	onsável 49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Refer			4 - Senha	0.4440000	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		94418026		94418026	14/03/2024 18:03	94418026				
Dados do Beneficiário		OO Nama Casial								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0050000055030249										
8 - Nome IRINEU FINAVARO										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicita	inte		10 - Telefone	1	1 - E-mail					
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ										
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica ATROSE DE JOELHO ESQI ATROSE DE JOELHO ESQI										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mater		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solio de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado				
1- 00 74904590			DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO	•		_ 1				
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSI							
			TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANI	DARD C _ 2	_ _ , _	_ 2 _ _ , _				
10243070064 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_TDA _ _ _	_ _ _					
3- 74896717 COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-0			037-01 C _ 1	,	_ 1 <u> </u>					
80044680257		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSI	_TDA _ _ _	_ _ _					
4- 73991953	COI		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-0		,	_ 1				
80044680277		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSI	-TDA _ _ _ _	_ _ _ _					
5- _					_ - - - - - - -					
	_		-		_!_!_!_!_!_!	_ _				
6-	-					_				
	_		- -	.						
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	72-0900 / Emitido em 14/	03/2024 / Empresa / Titular:	FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE D	OS SERVIDORES MUNICIPAIS I	DE LONDRINA					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização					