

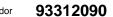
## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93312090

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia  | a Atribuído pela Op    | peradora                      |                                 |                        |             |                                  |  |                                  |
|--|------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------------|-------------|----------------------------------|--|----------------------------------|
| 343269   |                        |                               |                                 | 9331                   | 2090        |                                  |  |                                  |
| 4 - Data da Autorização 5 - Senha 27/11/2023 17:44   | 933120                 | 6 - Data de Valid             | dade da Senha<br><b>26/01/2</b> |                        |             |                                  |  |                                  |
| Dados do Beneficiário  |                        |                               |                                 |                        |             | _                                |  |                                  |
| 7 - Número da Carteira   | 11                     | - Validade da Carteira        |                                 | 9 - Atendimento        |             |                                  |  |                                  |
| 0050000055260899  50 - Nome Social   |                        | 1/02/2024                     |                                 | N                      |             |                                  |  |                                  |
| 50 - Nome Social   |                        |                               |                                 |                        |             |                                  |  |                                  |
| 10 - Nome VIVIANI REGINA DA SILVA FUGIV  | VARA                   |                               |                                 |                        |             |                                  |  |                                  |
| Dados do Contratado Solicitante  |                        |                               |                                 |                        |             |                                  |  |                                  |
| 12 - Código na Operadora   | 11                     | o Contratado                  |                                 |                        |             |                                  |  |                                  |
| 10.246.214/0001-04   | UNIORT                 | E ORTOPEDIA E                 |                                 |                        |             |                                  | 17   | 1                                |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante BRUNO BOSIO DA SILVA   |                        |                               | 15 -<br><b>06</b>               | Conselho Profissi      | 11          | 6 - Número do Cor<br><b>2301</b> | 17 - UF<br><b>41</b>                                       | 18 - Código CBO<br><b>225270</b> |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Da  |                        |                               |                                 |                        |             |                                  |  |                                  |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ  |                        | spital / Local Solicitade     |                                 | LTDA                   |             | - 11                             | 21 - Data sugerida   | ,                                |
| 10.246.214/0001-04   |                        |                               |                                 |                        |             |                                  | 09/12/2023 00:00  OPME 27 - Previsão de uso de Quimioteráp |                                  |
| 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Int C   | ernação 24 - Re        | egime de Internação<br>1      | 25 - Qtae. D                    | árias Solicitadas<br>1 | 26 - Previs | ão de uso de OPM                 | E   27 - Previsao de                                       | N                                |
| 28 - Indicação Clínica<br>SEQUELA DE FRATURA DE COTOVEL  | 0                      |                               |                                 |                        |             |                                  |  |                                  |
|  |                        |                               |                                 |                        |             |                                  |  |                                  |
|  |                        |                               |                                 |                        |             |                                  |  |                                  |
|  |                        |                               |                                 |                        |             |                                  |  |                                  |
|  |                        |                               |                                 |                        |             |                                  |  |                                  |
|  |                        |                               |                                 |                        |             |                                  |  |                                  |
|  |                        |                               |                                 |                        |             |                                  |  |                                  |
|  |                        |                               |                                 |                        |             |                                  |  |                                  |
|  |                        |                               |                                 |                        |             |                                  |  |                                  |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID  | 10(2) (opcional)       | 31 - CID 10(3) (opc           | ional) 32                       | CID 10(4) (opcio       | nal) 33     | - Indicação de Aci               | dente (acidente ou <b>9</b>                                | doença relacionada)              |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Sol   | icitados               |                               |                                 |                        |             |                                  | -  |                                  |
| 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento  |                        | ção                           |                                 |                        |             |                                  | 37 - Qtde. So  | lic. 38 - Qtde. Aut.             |
| 1- 22 30736030   |                        | PLASTIA (COM F                |                                 |                        | •           |                                  |  | 1                                |
| 2- <b>22 30719020</b><br>3- <b>22 30736048</b>   |                        | LASTIA COM IMP                |                                 |                        |             |                                  | 1  | 1                                |
| 3- <b>22 30736048</b><br>4- <b>18 60000805</b>   |                        | ONDROPLASTIA<br>DE QUARTO COL |                                 | •                      |             |                                  | •  | 1                                |
| 5- <b>18 60024151</b>  |                        | LTAXA DE APAR                 |                                 |                        |             |                                  |  | 1                                |
| 6-   | l                      |                               |                                 |                        |             |                                  | _  | _                                |
| 7-   | <u> </u>               |                               |                                 |                        |             |                                  | _ _ _  |                                  |
| 8-   | <u> </u>               |                               |                                 |                        |             |                                  |  |                                  |
| 9-   | -l                     |                               |                                 |                        |             |                                  |  |                                  |
| 10-  | -l<br>-l               |                               |                                 |                        |             |                                  |  | <br>                             |
| 12-  | -<br>-<br>-            |                               |                                 |                        |             |                                  |  | <br>  _                          |
| Dados da autorização   |                        |                               |                                 |                        |             |                                  |  |                                  |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar  | 40 - Qtde Diárias<br>1 | 11                            | - Tipo de Acor                  | odação autorizad       | da          |                                  |  |                                  |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado   |                        | lo Hospital / Local Auto      | orizado                         |                        |             |                                  |  | 44 - Código CNES                 |
| 10.246.214/0001-04   | 11                     | E ORTOPEDIA E                 |                                 | ADA LTDA               |             |                                  |  | 6528104                          |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/11/2023 /01 CHAVE PARA RETIRADA DE PLACA BLOQUEADA - instrumental / incluso na taxa / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA   |                        |                               |                                 |                        |             |                                  |  |                                  |
| The second secon | COLANIBONE             |                               | JJ                              |                        |             |                                  |  |                                  |
|  |                        |                               |                                 |                        |             |                                  |  |                                  |
| 46 - Data da Solicitação 47 - A  | ssinatura do Profis    | ssional Solicitante           | 48 - Assinatura                 | do Beneficiário o      | ou Responsa | ável 49 - Assin                  | atura do Responsá  | vel pela Autorização             |



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

Unimed A

| 1 - Registro ANS  | 11                                    |                                | 4 - Senha                       | <del> </del>                   |   | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora |                                |
|---|---------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---|---|--------------------------------|
| 343269  | 93312090                              |                                |                                 | 93312090                       |   |   | 93312090                       |
| Dados do Beneficiário   |                                       |                                |                                 |                                |   |   |                                |
| 7 - Número da Carteira  |                                       | 29 - Nome Social               |                                 |                                |   |   |                                |
| 0050000055260899  |                                       |                                |                                 |                                |   |   |                                |
| 8 - Nome  |                                       |                                |                                 |                                |   |   |                                |
| VIVIANI REGINA DA SI  | ILVA FUGIWARA                         |                                |                                 |                                |   |   |                                |
| Dados do Profissional Solic   | itante                                |                                |                                 |                                |   |   |                                |
| 9 - Nome do profissional solici   | itante                                |                                | 10 - Telefone                   |                                | 11 - E-mail                               |   |                                |
| BRUNO BOSIO DA SIL  | .VA                                   |                                |                                 |                                |   |   |                                |
| Dados da cirurgia   |                                       |                                |                                 |                                |   |   |                                |
| 12 - Justificativa técnica<br>SEQUELA DE FRATURA DE<br>SEQUELA DE FRATURA DE<br>01 CHAVE PARA RETIRAD                                 | DE COTOVELO                           | DA - instrumental / incluso na | taxa                            |                                |   |   |                                |
| OPME Solicitadas  |                                       |                                |                                 |                                |   |   |                                |
| 13 - Tabela 14 - Código do I  |                                       | Descrição                      |                                 |                                | Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli | citado 19 - Qtde. Autorizada 2              | 20 - Valor Unitário Autorizado |
| 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante  |                                       |                                |                                 | ção de Funcionamento           |   |   |                                |
| 1- 00 100066879 CANULA DE DEBRIDACAO ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3<br>81288540024 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |                                       | · · · I—I                      |                                 | _  2                           | _ _ , _                                   |   |                                |
| 2- 00241202   | TD                                    |                                |                                 |                                |   | 1   |                                |
| 80371250020   | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · |                                |                                 | <u> </u>                       |   | _  '  | _ ,                            |
| 3- <b>00608459</b>  |                                       |                                |                                 |                                |   | 1   |                                |
| 80082910131   | 1 0.                                  |                                | IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSI     |                                |   | _I '  |                                |
| 4- 72549912   |                                       |                                |                                 |                                |   | 2   | _ _ ,                          |
| 80044680279   |                                       |                                | IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSI     |                                |   | _i -  | 1                              |
| 5- <b>73735183</b>  | RAI                                   | DIUS - PROTESE PARCIAI         | PARA CABECA DE RADIO - 235-0    |                                |   | 1   |                                |
| 10247700061   |                                       | ARTHROM COMERC                 | IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSI     | <br>.TDA   <u>         </u>    |   | _ <b>.</b>                                  |                                |
| 6-  | _ _ _ _                               |                                |                                 | _   _ <br> _     _             | _ _                                       | _   | ,                              |
| 24 - Especificação do Materia   | <u> </u>                              |                                |                                 |                                |   |   |                                |
|   |                                       |                                |                                 |                                |   |   |                                |
| 25 - Observação / Justificativa   |                                       | 11/2023 /01 CHAVE DADA E       | ETIRADA DE PLACA BLOQUEADA - ir | etrumental / incluse no tevo / | Empresa / Titular: ELINDO DE ASSI         | STENCIA A SALIDE DOS SI                     | EDVIDORES MUNICIDAIS           |
| DE LONDRINA   | 072 0000 / Eminad 6.11 27/            | 1,72020701 GIWWE 1744VIV       |                                 | oranional, molece na taxa ,    |   | 31211011171 311022 200 01                   |                                |
|   |                                       |                                |                                 |                                |   |   |                                |
| 26 - Data da Solicitação  | 27 - Assinatura do Pro                | ofissional Solicitante         |                                 | 28 - Assinatur                 | a do Responsável pela Autorização         |   |                                |