

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95838892

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pe	ela Operadora				7			
343269						95838892	2			
4 - Data da Autorização 5 - Senha 9583			6 - Da	ta de Validade da 9 15/	Senha 09/2024					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000055388984 01/02/2026 N										
0050000055388984 50 - Nome Social			N							
10 - Nome DAYSE TERESINHA GENTA CORDIOLI										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 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										
MARCUS VINICIUS DA			06 18734			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 29/07/2024 00:00 29/07/2024 00:00										
			4 - Regime de Inte				Province de une de OF	<u> </u>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
1	C C	mação 2	1	arriação 20 ° Q	2	iolicitadas 20 -	S	INIL 27 - FTE		N
28 - Indicação Clínica ARTROSE DE JOELHO DIREITO										
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)			al) 31 - CID	10(3) (opcional)	32 - CID 10	32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Ir		dicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solid	citados								
1- 22 30726034 2- 18 60000384 3- 18 60000554 4-	o Procedimento	ARTF DIAR	RIA DE ACOMI	PANHANTE CO TAMENTO SIMI	M REFEIC	CAO COMPLE			Little. Solic	38 - Otde. Aut. 1 2
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada										
			2	12						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Auto UNIORT E ORTOPEDIA ES					ALIZADA	LTDA			- 11	14 - Código CNES 5 528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/07/2024 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização										



2 - Nº Guia no Prestador

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 95838892 95838892 17/07/2024 15:15 95838892 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000055388984 8 - Nome **DAYSE TERESINHA GENTA CORDIOLI** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **MARCUS VINICIUS DANIELI** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica ARTROSE DE JOELHO DIREITO ARTROSE DE JOELHO DIREITO **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 1- 00 72397950 CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C 10243070064 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52 73991953 80044680277 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 74904590 INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596 80044680272 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 74896717 COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C 80044680257 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/07/2024 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização