

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90527334

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90527334													
343269		[[a a			9052	7334				
4 - Data da Autorização 17/03/2023 15:21 5 - Senha		90	90527334 6 - Data de Validade da 3			Senha /05/2023							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira				- 11	idade da Carteira	a	9 -	Atendimento					
0050000054217736	i			01/02	/2024			N					
50 - Nome Social													
10 - Nome ROBERTO CORDEIRO BATISTA													
Dados do Contratado													
	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado												
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA													
14 - Nome do Profissiona JOAO PAULO FER			REIRO			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 28617		17 - UF	18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Lo	cal Solici	itado / Dado	os da Inte	ernação									
19 - Código na Operado		11			I / Local Solicitad						11		ara Internação
10.246.214/0001-04					PEDIA ESPE						Щ	2023 00:0	
22 - Caráter do Atendimer 1	ito 23 -	Tipo de Inte	rnação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - C	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OF S	PME 27 - I	Previsão de u	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica LESAO DO MENISCO	OSTEC	OCONDRO	PLASPL	ASTIA JOE	ELHO DIREITO)							
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			0(2) (opci	opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença rel		oença relacionada)		
Procedimentos ou Iten	s Assiste	nciais Solic	citados										
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307330 2- 22 307330 3- 98 080110 4- 18 600003 5- 18 600241	65 49 81 84	ocedimento	RE OS PC DIA	TEOCON T ARTRO ARIA DE A	DROPLASTIA SCOPIA DE J ACOMPANHAI	- ESTA OELHO NTE CO	ABILIZAC UNIORT OM REFEI	AO, RESS E - ENF CAO CON	ECCA	O VIDEOARTRO O E/OU PLAST A	DSC 1 IA # 1 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
6-											[_		
Dados da autorização													
39 - Data provável da Ad	lmissão ho	ospitalar 4	40 - Qtde	Diárias Auto 1	orizadas 41	- Tipo de	e Acomodaç	ão autorizad	la				
								44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/03/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável 149 -													



2 - Nº Guia no Prestador

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		90527334		90527334	17/03/2023 15:21	<u> </u>	90527334	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	•	29 - Nome Social						
0050000054217736								
8 - Nome ROBERTO CORDEIRO	BATISTA							
Dados do Profissional Solici	ante							
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1	1 - E-mail			
JOAO PAULO FERNAN	DES GUERREIRO							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica LESAO DO MENISCO + O: LESAO DO MENISCO OS								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 00590045 80777280006	LAI	WINA PARA SHAVER SET	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	' TDA	- -	_ 1	,	
2- 00 00116700	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 2		 	1	_ _ _ ,	
80743230025			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL				1	
3-				 		_	,	
	_		<u> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _</u>		_ _ _	_ _		
4- _				_ _	_ _ _ , _	_	_ _ , _	
	_				_ _ _ _	_ _		
5- _	-			_ _	_ _ _ _ ,	_ _	,	
	_		- -			_ _	_ _ _ ,	
6- _ 1	-					_	- - -	
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
	372-0900 / Emitido em 17/	03/2023 / Empresa / Titular: I	FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DO	OS SERVIDORES MUNICIPAIS I	DE LONDRINA			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização			