

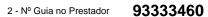
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93333460

(Via HOSPITAL)

| 1 - Pegistro ANS 3 - | Número da Guia | Atribuído pela Opera | adora | | | | | | | | |
|---|--------------------|-----------------------------------|------------------------------|----------------------|-------------------------|-------------------|---------------|------------------------------|-----------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93333460 | | | | | | 160 | | | | | |
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | | 6 - Data de Valid | | | | | | | | |
| 29/11/2023 10: | :21 | 93333460 | | 28/01/2024 | | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira 0050000048353240 | | t t | alidade da Carteira 0/2025 | 9 - | Atendimento de N | e RN | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | 0/2023 | | N | | | | 1 | | |
| 30 - Nome Social | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome | | | | | | | | | | | |
| CLAUDIA MARIA DAN | TAS DE MAIC | O CARRILHO | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solic | itante | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 | | 13 - Nome do C | | SPECIALIZAD <i>A</i> | LTDA | | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional So | licitante | | | | elho Profissiona | al 16 - Núm | ero do Conse | elho 17 - UI | 18 - Código CBO | | |
| MARCUS VINICIUS DA | ANIELI | | | 06 | | 18734 | | 41 | 225270 | | |
| Dados do Hospital / Local S | Solicitado / Dado | os da Internação | | | | | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / C | 11 | 20 - Nome do Hospit | | | | | 11 | _ | a para Internação | | |
| 10.246.214/0001-04 | | JNIORT E ORT | | | | | | 2/12/2023 00 | | | |
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | 23 - Tipo de Inter | rnação 24 - Regin | ne de Internação 1 | 25 - Qtde. Diárias | Solicitadas 26 | 6 - Previsão de u | so de OPME | 27 - Previsão d | de uso de Quimioterápico | | |
| 28 - Indicação Clínica | | | • | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opciona | al) 30 - CID 10 | D(2) (opcional) | 31 - CID 10(3) (opc | ional) 32 - CID | 10(4) (opcional) |) 33 - Indica | ıção de Acide | ente (acidente o 9 | u doença relacionada) | | |
| Procedimentos ou Itens As | sistenciais Solic | itados | | I | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Código d | o Procedimento | DIARIA DE | STIA TOTAL D QUARTO COL | E JOELHO COM | TOS COM BA | ANHEIRO PR | RIVATIVO | 37 - Qtde. S 1 2 | Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 2 | | |
| Dados da autorização | | | | | | | | | | | |
| 39 - Data provável da Admiss | ão hospitalar 4 | 10 - Qtde Diárias Aut 2 | torizadas 41 - | - Tipo de Acomodaç | ão autorizada | | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / 0 | CNPJ autorizado | 43 - Nome do H | lospital / Local Auto | | | 1 | | | 44 - Código CNES | | |
| 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 | | | | | | | | | | | |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/11/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DO PESSOAL DA UNIVERSIDADE EST DE LONDRINA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | | | | | | | |





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

| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Se | | - Senha | | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora | | |
|---|--|---------------------------------|---|----------------------|---|---|--------------------------------|--|
| 343269 | | 93333460 | | 93333460 | 29/11/2023 10:21 | | 93333460 | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | | | |
| 0050000048353240 | | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | | |
| CLAUDIA MARIA DAN | TAS DE MAIO CARRIL | .HO | | | | | | |
| Dados do Profissional Solic | itante | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solici | | | 10 - Telefone | 1 | 1 - E-mail | | | |
| MARCUS VINICIUS DA | NIELI | | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica | | | | | | | | |
| ARTROSE DE JOELHO E | | | | | | | | |
| ARTROSE DE JOELHO | SQUERDO | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do I | Material 15 - | Descrição | | 16 - Opção 17 - Qtde | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | itado 19 - Qtde. Autorizada 2 | :0 - Valor Unitário Autorizado | |
| 21 - Registro ANVISA do Mate | erial | 22 - Referência do mate | rial no fabricante | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento | | | |
| 1- 74931105 | BAS | | -5320-067-02 BASE TIBIAL CIMENTADA PE | 1 | , | _ 1 | _ , | |
| 80044680301 | ARTHROM COMERCIO DE | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | _ _ _ _ | | | |
| 2- 74949861 | PLA | | ENO ESTABILIZADO ZIMMER - 42-5226-004- | 1 | _ _ , _ | _ 1 | _ , | |
| 80044680317 | | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | | |
| 3- 74932047 | | | | | | _ 1 | _ , | |
| | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | | | |
| 4- 00 72397950 | CIN | | TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C | | | _ 2 | _ , | |
| 10243070064 | 00 | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | 1 4 | | |
| 5- 00 02967227 80044680307 | CO | | S PERSONA STD DIREITO 05 42-5006-058-02 | | | _ 1 | _ , | |
| | | ARTHROW COWER | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | | , | |
| 6- _ _ _ | _ _ _ | 111111 | | | | _ | - | |
| 04 5 | | | | | | _ | | |
| 24 - Especificação do Materia | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 25 Observação / Justificativa | | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/11/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DO PESSOAL DA UNIVERSIDADE EST DE LONDRINA | | | | | | | | |
| (-,- | | , | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pr | ofissional Solicitante | | 28 - Assinatura do | Responsável pela Autorização | | | |
| | | | | | | | | |