

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94410574

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Gu	l ia Atribuído	pela Opera	dora			9441	0574					
4 - Data da Autorização 14/03/2024 11:56			1410574	6 - Data de Valid	dade da Senh 13/05/2	1							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN													
0050000055260783 01/02/2026 N													
50 - Nome Social													
10 - Nome CARLA ELOISA PIMENTA DO NASCIMENTO													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	Nome do Co	ontratado RTOPEDIA ES	SDECIAL!	7 A D A	LTDA						
14 - Nome do Profissional	Solicitanto	UNI	ORIEU	RIOPEDIA E				onal 1	16 - 1	Número do Co	neelho	17 - UF	18 - Código CBO
RAFAEL MAURICIO						15 - Conselho Profissional 06			16 - Número do Conselho 28806		1261110	41	225270
Dados do Hospital / Loca	al Solicitado / Da	idos da Int	ernação										
19 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	/ CNPJ	t		al / Local Solicitado PEDIA ESPE		LIZADA LTDA				21 - Data sugerida para Internação 30/03/2024 00:00			
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Ir	ternação				Diárias S	Solicitadas	26 - Pr			E 27 -	27 - Previsão de uso de Quimioteráp	
1	c			1		1			S			N	
29 - CID 10 Principal (opci	onal) 30 - CID	10(2) (opci	onal) 3	1 - CID 10(3) (opc	cional) 32	? - CID 1	10(4) (opcio	nal)	33 - Ir	ndicação de Ac	idente (a	acidente ou 9	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens													
34 - Tabela 35 - Códig 1- 22 3073402 2- 22 3073405 3- 18 6000080 4- 18 6002415 5-	SIN RE DI <i>A</i>	36 - Descrição SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROS RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO - PR DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR								1 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			
10- 11- 12- 12-		-! — -! — -! —									- - -	 	
Dados da autorização			517.1				~						
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1 1													
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04			43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA 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													

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Unimed A

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

					1.						
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuío	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
343269		94410574		94410574	14/03/2024 11:56		94410574				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000055260783											
8 - Nome											
CARLA ELOISA PIMEN	ITA DO NASCIMENTO										
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone		11 - E-mail						
RAFAEL MAURICIO BI	LETATO										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica RECONSTRUÇÃO DE LIG. RECONSTRUÇÃO DE LIG.											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do l 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solido de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado				
1- 00 00499293			AO OB F 2,9X5,5MM 892350000	I I 1		_ 1					
80356130052			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		-ı ·	1-1-1-171-1-1				
2- 00 76221229	ANC		SERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR	_ 2		_ 2					
10247700123			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		_ı -	1-1-1-171-1-1				
3- 00 71699201						_ 2					
10208610066 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDIO				_ 2 		_1 ~	IIII [†] II				
4-		Alternation Comen	5.0 52 mm 2/m 200 m 5. 25.0002 m			_					
[・]	 					-I	IIII [†] II				
5-		IIIIII				_,, _					
~					 	-ı ı—ı—ı—ı I l	11117111				
6-		IIIIII				 -	,				
					 	-ı ı—ı—ı—ı 	11117111				
24 - Especificação do Material		111111		<u> </u>		II					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/03/2024 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA											
26. Data da Caliaitacă -	27 - Assinatura do Pro	oficacional Calicitanta		20 Appingture	do Doononoóval polo Autoriz						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	DIISSIONAI SUIICI(ANTE		Zo - Assinatura (do Responsável pela Autorização						