



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **95841300**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95841300
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 17/07/2024 17:00	5 - Senha 95841300	6 - Data de Validade da Senha 15/09/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000054217175	8 - Validade da Carteira 01/02/2026	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome MARILU JOANITA RUTHES MAGGIOLO
--

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 19475	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
--	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 25/07/2024 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR
--

29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30735033	ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	1	1
2- 22	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP	1	1
3- 22	30735084	RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
4- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
5- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	2	2
6- 18	60024151	ALUGUETA TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
7- 	 	 	 	
8- 	 	 	 	
9- 	 	 	 	
10- 	 	 	 	
11- 	 	 	 	
12- 	 	 	 	

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 2	41 - Tipo de Acomodação autorizada 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 17/07/2024 /equipo - material de consumo hospitalar justificado em conta / Empresa / Titular: FUNDO DE ASS ISTENCIA 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
--------------------------	---	--	---



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

2 - Nº Guia no Prestador 95841300

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95841300	4 - Senha 95841300	5 - Data da Autorização 17/07/2024 17:00	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95841300
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000054217175	29 - Nome Social

8 - Nome MARILU JOANITA RUTHES MAGGIOLO
--

Dados do Profissional Solicitante	
9 - Nome do profissional solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	10 - Telefone
11 - E-mail	

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR equipo - material de consumo hospitalar justificado em conta	

OPME Solicitadas					
13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00622494		GANCHO COMPRESSAO SUTURA BIP 74201000	1	1	
80356130057		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
2- 00 71502718		ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J	3	3	
80044680086		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
3- 00 00499293		CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000	2	2	
80356130052		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
4- 00 00116700		CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1	1	
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
5- 00 75788993		CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 165 11 70 85 CANULA CO	1	1	
80777280101		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
6-					

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/07/2024 /equipo - material de consumo hospitalar justificado em conta		28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	--	---

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante
--------------------------	---