

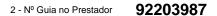
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92203987

(Via HOSPITAL)

"	Número da Guia	Atribuído _I	pela Opera	dora				2007					
343269 4 - Data da Autorização	5 - Senha		1	6 - Data de Valid	2 ch ahch	enha	9220	3987					
15/08/2023 09:	11		203987	0 - Data de Valid		0/2023							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira 0050000054291600			† I	idade da Carteira		9 -	Atendimento N	de RN					
0050000054291600 01/02/2024 N													
SU - NOME SUCIAL													
10 - Nome RODRIGO ROSSETO AVANSO													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	Nome do Co	ontratado RTOPEDIA E	SPECIA	ΙΙΖΔΠΔ	LTDΔ						
14 - Nome do Profissional Sol	icitante			KTOT EDIA E			elho Profissio	nal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO	
CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS					- 11	06 22343			22343		41	225270	
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	los da Inte	ernação										
19 - Código na Operadora / C	- 11			al / Local Solicitad		ADA I T	D.A.			11		ara Internação	
22 - Caráter do Atendimento				TOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA gime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 -				ae Bro				2023 00:00 Previsão de uso de Quimioterápico	
1	C	mação	24 - Negiiii	1	25 - Q11	1	Solicitadas	20 - 116	S	IVIL 27 - 1	- revisao de	N	
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM	ANEXO												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)			onal) 3	31 - CID 10(3) (opcional) 32			2 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação		33 - Indicação de <i>i</i>	de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Itens As		citados											
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30731119 2- 22 30731224 3- 22 30729190 4- 18 60000805 5-	Procedimento	TEN TRA OS	ANSPOSI TEOTOM RIA DE	TIA / ENXERTO CAO UNICA D IA OU PSEUD QUARTO COL	DE TEND ARTROS ETIVO I	DAO SE DO T. DE 2 LEI	ARSO E M	IEDIO P BANHE	PE - TRATAME	1 1 NTO 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1	
11- _ 12- _ _	- -	l I								_ _	_ _	_ _	
Dados da autorização													
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde I	Diárias Auto 1	orizadas 41	- Tipo de <i>i</i>	Acomodaç	ão autorizada	а					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNE 6528104								44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/08/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização													



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

Unimed #

1 0 11	3 - Número da Guia Referer	nciada 4	I - Senha	Senha			do pela Operadora			
343269		92203987		92203987	15/08/2023 09:41		92203987			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0050000054291600										
8 - Nome										
RODRIGO ROSSETO A	VANSO									
Dados do Profissional Solicit										
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1	1 - E-mail					
CESAR EDUARDO CAS	TRO FERREIRA MAF	RTINS								
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A	NEXO NEXO									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autoriza						
21 - Registro ANVISA do Mater 1- 00 75286157		22 - Referência do material	I no fabricante CIA ESTERIL - 101.90720 - PARAFUSO INT	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4				
10208610090	PA		O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		- -	_ 1	,			
2- 75043114	SU		DA UHMWPE COM AGULHA - 0234151-09			I 1				
80083650067			O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_	1-1-1-171-1-1			
3-					_	_	,			
	_ _				_ _ _	_ _				
4-					_ _ _ , _	_	,			
	_			_ _ _ _						
5- _					_	_	_ ,			
	_		_ _ _ _		_ _ _ _	_ _	,			
⁰⁻	- 					_	IIII,II			
24 - Especificação do Material				11111						
25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/08/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					