

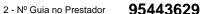
## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95443629

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	- Número da Gu	ia Atribuído	pela Opera	dora			9544:	3629					
4 - Data da Autorização	5 - Senh	na		6 - Data de Vali	idade da S	Senha		3023					
12/06/2024 17:22			5443629		11/0	08/2024							
Dados do Beneficiário								. 511					
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000054404510 N													
50 - Nome Social													
10 - Nome  NILSA CASAGRANDE  Deduction of Contents of													
Dados do Contratado Sol	icitante	1/40	Nama da C										
12 - Código na Operadora													
											18 - Código CBO		
ALEXANDRE DE OLI		06 17905			7905		41	225270					
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação													
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para la 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 26/06/2024 00:00										-			
22 - Caráter do Atendimento									Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterápico		
1	С			1		3			S			N	
28 - Indicação Clínica DOR DEFORMIDADE JOELHO DIREITO SEM MELHORA COM TRAT CLINICO													
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)													
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitad										9			
	do Procediment	o 36 · AR DI/	ARIA DE /	STIA TOTAL [	NTE CO	M REFEI DE 2 LEI	CAO COM	PLETA BANHE	IRO PRIVATIV	CIR 1 3	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.  1 3 3	
39 - Data provável da Admi:	ssão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	orizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	a					
			3	1			_						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPE						LIZADA	LTDA					44 - Código CNES <b>6528104</b>	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/06/2024 / 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													
46 - Data da Solicitação	47 - /	<del>า</del> ธรเกลเนrล (	uu rtotissiot	iai Suicitante	40 - ASSII	iatura 00 B	enenciario ol	u respons	oavei   49 - AS	รแลเนเล ติด	responsav	ei peia Autorização	



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

Unimed &

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 95443629 95443629 12/06/2024 17:22 95443629 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000054404510 8 - Nome **NILSA CASAGRANDE** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica DOR + DEFORMIDADE JOELHO DIREITO. SEM MELHORA COM TRAT. CLINICO. DOR DEFORMIDADE JOELHO DIREITO SEM MELHORA COM TRAT CLINICO **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 74896717 COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C 80044680257 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 74904590 INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596 80044680272 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52 3- 00 73991953 80044680277 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4- 00 72397950 CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C 10243070064 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |\_\_|\_|,|\_\_| 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/06/2024 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização