

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94953260

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Nú	mero da Guia	Atribuído p	oela Opera	dora								
343269			<u>'</u>				9495	3260				
4 - Data da Autorização 30/04/2024 10:24	5 - Senha	940	953260	6 - Data de Valid		Senha 06/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carteira	l	9 -	Atendimento	de RN				
0050000055179137 01/02/2026							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome LAUREANA APARECIDA FERREIRA CORTEZ												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		- 11	lome do Co	ontratado RTOPEDIA E	SDEC!/	11 17 A D A	LTDA					
14 - Nome do Profissional Solici	tante	UNIC	JKI E U	RIOPEDIA E	SPECIA		elho Profissio	nal T	16 - Número do C	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS					1	06	21110 1 10113310	- 11	22343	JOHSCHIO	41	225270
Dados do Hospital / Local So	licitado / Dado	os da Inte	rnação									
19 - Código na Operadora / CNI	11		•	al / Local Solicitad		'ADA I T	D.4			11		para Internação
				RTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA egime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 21			00 D	visão de uso de OF	<u> </u>	2024 00:0		
1	C	maçao	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Q	1	Solicitadas	26 - Prev	S	PIME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica ARTROPLASTIA DE TORNO	ZELO COM I	MPLANT	E									
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)												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)		mai)	31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID			D 10(4) (opcional) 33 - Indicação de A			riolacinio (a	9		
Procedimentos ou Itens Assis												
34 - Tabela 35 - Código do la 1- 22 30728053 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4-		ART DIA	RIA DE A	STIA DE TORN ACOMPANHAI QUARTO COL	NTE CO	M REFEI DE 2 LEI	CAO COM TOS COM	BANHE	EIRO PRIVATI	RUR 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1
39 - Data provável da Admissão	hospitalar 4	10 - Qtde D	Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de	Acomodac	ão autorizad	a				
			1	1								
							44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/04/2024 / 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												



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

· · ·	3 - Número da Guia Referer	rciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		94953260		94953260	30/04/2024 10:24		94953260
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000055179137							
8 - Nome							
LAUREANA APARECII	A FERREIRA CORTE	Z					
Dados do Profissional Solic	tante						
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
CESAR EDUARDO CA	STRO FERREIRA MAF	RTINS					
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica ARTROPLASTIA DE TORN ARTROPLASTIA DE TORN)					
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição	rial as fabricants		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 78034361		22 - Referência do mate	NOZELO TARIC - 0021-0016 -INSERTO TARI	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1	
80454380015	010		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	' 		_ '	
2- 78034396	SIS		NOZELO TARIC - 0021-0041 -IMPLANTE TIBI	1		1	,
80454380015			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 			1
3- 78034159	SIS	TEMA TOTAL PARA TOR	NOZELO TARIC - 0021-0101 -IMPLANTE TA	1		_ 1	_ _ , _
80454380015		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4-	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _				_	_	
	_ _ _ _ _						1
6-	_ _ _				_	_	,
				_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		04/2024 / Empresa / Titular:	FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVID	ORES MUNICIPAIS D	DE LONDRINA		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		
	H			H			