



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 95128183
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95128183
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 15/05/2024 09:46	5 - Senha 95128183	6 - Data de Validade da Senha 14/07/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000043695208	8 - Validade da Carteira 01/06/2025	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome TELMA CAMPOS

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 20/05/2024 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 ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL COM IMPLANTE
--

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	30717019	ARTRODESE AO NIVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
2- 22	30717167	TRANSFERENCIAS MUSCULARES AO NIVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CI	1	1
3- 22	30717027	ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIR	1	1
4- 22	30710030	RETIRADA DE PLACAS	1	1
5- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	2	2
6- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	2	2
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 15/05/2024 / Empresa / Titular: SINDICATO DOS SERVIDORES PUBLICOS MUNICIPAIS DE LONDRINA

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95128183	4 - Senha 95128183	5 - Data da Autorização 15/05/2024 09:46	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95128183
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000043695208	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

TELMA CAMPOS

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL COM IMPLANTE

ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL COM IMPLANTE

OPME Solicitadas

13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material	14 - Código do Material	15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 10243070062	72397888	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G	<input type="checkbox"/> 2	2		2	
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>				
2- 80044680228	74885006	SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - XL-115363 INSERT	<input type="checkbox"/> 1	1		1	
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>				
3- 80044680228	00934780	SISTEMA OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE PLACA BASE ESTENDI	<input type="checkbox"/> 1	1		1	
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>				
4- 80044680228	74884689	SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - 113650 HASTE UM	<input type="checkbox"/> 1	1		1	
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>				
5- 80044680228	74884867	SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - 115313 GLENOSFE	<input type="checkbox"/> 1	1		1	
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>				
6- 80044680228	00936391	SISTEMA OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE BANDEJA UMERAL PA	<input type="checkbox"/> 1	1		1	
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>				

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/05/2024 / Empresa / Titular: SINDICATO DOS SERVIDORES PUBLICOS MUNICIPAIS DE LONDRINA

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização



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

2 - Nº Guia no Prestador 95128183

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95128183	4 - Senha 95128183	5 - Data da Autorização 15/05/2024 09:46	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95128183
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000043695208	29 - Nome Social TELMA CAMPOS
8 - Nome TELMA CAMPOS	

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

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL COM IMPLANTE ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL COM IMPLANTE	

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
7-	74885103	SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - 115395 PARAFUSO	1	1	
80044680228		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
8-	00660108	SISTEMA LAVAGEM OSRON PULSE 2500D-DPL-ST01Z-CT02Z	1	1	
81207919001		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
9-	75043025	SUTURA CIRURGICA TRANCADA UHMWPE COM AGULHA - 0234250-09	1	1	
80083650067		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
10-00	74884506	SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - 180557 PARAFUSO	4	4	
80044680228		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
11-					
12-					

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/05/2024 / Empresa / Titular: SINDICATO DOS SERVIDORES PUBLICOS MUNICIPAIS DE LONDRINA		
---	--	--

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---