

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91615730

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número	o da Guia Atri	buído pela Opera	idora		0161	5730				
	117	F. Canha		Le Data da Vali	dada da Canha	<u> </u>	5/30				
4 - Data da Autorização 22/06/2023	- 11	5 - Senha	91615730	6 - Data de Vali	21/08/202	3					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN				
0050000048096191			01/10	0/2023		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome MARIA JOSE TELI	S DE OLI	IVEIRA									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operador 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C UNIORT E O		SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profissiona MARCO MAKOTO					15 - Cor 06	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 28767			nselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solicita	ado / Dados o	da Internação							1	
19 - Código na Operador			-	al / Local Solicitad	lo				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04					CIALIZADA L					2023 00:0	
22 - Caráter do Atendimen	nto 23 - T	ipo de Internaç C	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OPI S	ИЕ 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica							-				
29 - CID 10 Principal (op	ocional)	30 - CID 10(2)	(opcional) 3	11 - CID 10(3) (ope	cional) 32 - Cl	D 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
December 2016	- ^i-t		de e							9	
Procedimentos ou Iten 34 - Tabela 35 - Cód		edimento							37	- Otde Soli	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307330	-	cumento	-	J SUTURA DE	UM MENISCO	- PROCEDI	MENT	O VIDEOARTRO		Qtue. Ooi	1
2- 22 307330	149		OSTEOCON	IDROPLASTIA	- ESTABILIZA	CAO, RESS	ECCA	O E/OU PLASTI	A # 1		1
3- 22 307130	64				AR SOB ANES				1		1
4- 18 600008					_			IEIRO PRIVATIV	_		1
5- 18 600241	51	1 1 1	ALUGUELIA	AXA DE APAR	ELHO / EQUIP	AMENTO P	AKA A	RTROSCOPIA P	AR 1		1
	- 	II 							- 	_!! 	
8-									-	_ _	 _
9- _	_ _ _	_ _ _								_	_
10-	_ _ _	_ _ _							_	_	_
11-	_								L	_	
12-	ll								_	_	
Dados da autorização				-							
39 - Data provável da Ac	lmissão hos	spitalar 40 -	Qtde Diárias Aut	orizadas 41	- Tipo de Acomod	ação autorizad	la				
42 - Código na Operador 10.246.214/0001-04		autorizado	•	ospital / Local Aut		A LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/06/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DO PESSOAL DA UNIVERSIDADE EST DE LONDRINA											



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2 - Nº Guia no Prestador MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

"	- Número da Guia Referer	iciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		91615730		91615730	22/06/2023 11:17		91615730
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000048096191							
8 - Nome							
MARIA JOSE TELIS DE (DLIVEIRA						
Dados do Profissional Solicita							
9 - Nome do profissional solicitar			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
MARCO MAKOTO INAGA	AKI						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica ARTROPATIA DEGENERATI RUPTURA ATUAL CARTILAC			IISCAIS DE JOELHO DIREITO SCO ATUAL				
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Ma		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Materia		22 - Referência do materi		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER SETO				_ 2	_ _ , _
80777280006 2- 00116700	CA		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			1 1	
80743230025	CA		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-	_ 1	,
3- 78898676	DIS		O DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D			1	_ _ _
80044680449	Dio		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-l '	IIII'III
4-						_	_ _ ,
	,,, 					_,, _	111/111
5- _					_	_	,
	_				_ _ _ _	_ _	
6- _	_ _ _				_ _ _ , _	_	,
	_ _ _		_ _ _		_ _ _ _	_ _	
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa							
	72-0900 / Emitido em 22/	06/2023 / Empresa / Titular: A	ASSOCIACAO DO PESSOAL DA UNIVERSIDADE	EST DE LONDRINA			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		