

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92159883

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora													
343269	92159883												
4 - Data da Autorização 10/08/2023 11:52 5 - Senha		92159	92159883 6 - Data de Validade da 99/		Senha /10/2023								
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira 8 - Valida 0050000053906244 01/02/2				dade da Carteira /2024	a	9 -	Atendimento N						
50 - Nome Social													
10 - Nome PAMELA MAIARA MACHADO													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora   13 - Nome do Contratado						DE LO	NDRINA I	_TDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante CIRO VERONESE DOS SANTOS						15 - Conselho Profissional 16 - Númer <b>06 23858</b>			16 - Número do C	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO <b>225270</b>	
Dados do Hospital / Lo	cal Solicit	ado / Dados	s da Interna	ção									
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 28/08/271.755/0001-32 28/08/2023 00:00 21 - Data sugerida para Internação 28/08/2023 00:00													
22 - Caráter do Atendimer	to 23 -	Tipo de Intern	ação 24 -	Regime	e de Internação	25 - C	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OF	ME 27 -	Previsão de (	uso de Quimioterápico
S832 Reparo ou Sutur	a de meni	sco											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			(2) (opcional)	opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacion <b>9</b>			oença relacionada)	
Procedimentos ou Iten	s Assister	nciais Solicit	ados										
34 - Tabela     35 - Cód       1- 22     307330       2- 22     307330       3- 18     600008       4- 18     600241       5-                         6-                         7-                         8-                         9-                           10-                         11-                       Dados da autorização	65 49 05	cedimento	OSTEC DIARIA ALUGU	RO OU DCONI A DE (	DROPLASTIA QUARTO CO IXA DE APAR	A - ESTA LETIVO RELHO	ABILIZAC DE 2 LEI / EQUIPA	AO, RESS TOS COM MENTO P	SECCA I BANH PARA A	O VIDEOARTRO O E/OU PLASTI HEIRO PRIVATIV ARTROSCOPIA	DSC 1  A # 1  /O 1  PAR 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1  1
39 - Data provável da Ad	lmissão ho	spitalar 40	) - Qtde Diári	ias Auto	orizadas 4	1 - Tipo de	e Acomoda	ão autorizad	da				
1 1 2 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 -							44 - Código CNES <b>6074502</b>						
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 10/08/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA  46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável pela Autorização													



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

Unimed A

	Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído				
343269	92159883		92159883	10/08/2023 11:52		92159883			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social								
0050000053906244									
8 - Nome									
PAMELA MAIARA MACHA	DO								
Dados do Profissional Solicitante	e								
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail									
CIRO VERONESE DOS SA	NTOS								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica									
Paciente apresentando lesoes e S832 Reparo ou Sutura de men	m joelho esquerdo, demonstradas em exame físico isco	e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico							
COOL Repaire ou outdid do mon									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do Mater 21 - Registro ANVISA do Material	ial 15 - Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Euncionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado			
1- <b>00 00590045</b>	LAMINA PARA SHAVER SET				1	,			
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>                                     </u>		-1	1-1-1-1-171-1-1			
2- 100540910		: JUGGERSTITCH DISPOSITIVO DE REPAR	2		_  2	_ _ ,			
80044680474	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 						
3-				_	_	_ _ , _			
				_	_ _				
4-   _    _  _			_   _ _	_	_	_ _ , _			
				_	_ _				
5-   _				_	_	_ _ , _			
			_ _ _ _	_	_				
6-				_		_ _ , _			
					_				
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 10/08/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA									
Telefone Contratado. (70/00/ 1-2000 / Littitud etit 10/00/2020 / Littiplesa / Titulai. I ONDO DE AGGIOTENCIA A GAODE DOS SERVIDORES MONIOFAIS DE LONDRINA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					