

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94800865

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	· Número da Gu	ia Atribuído	pela Opera	dora			9480	0865				
4 - Data da Autorização	5 - Senh			6 - Data de Va								
17/04/2024 09 Dados do Beneficiário	9:44	9.	4800865		16/	06/2024						
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
0050000054404331			01/02	2/2026			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome MARILIZA BERNARDI CARAM												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	Nome do C	ontratado PRTOPEDIA E	ESPECIA	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional S	olicitante						elho Profissio	nal 1	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
MARCUS VINICIUS D	ANIELI					06 18734			18734		41	225270
Dados do Hospital / Local										1		
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internaç 21 - Data sugerida para Internaç 25/04/2024 00:00									-			
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Ir	<u> </u>		e de Internação		tde. Diárias		26 - Prev	isão de uso de OP	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
1	С			1		2			S			N
28 - Indicação Clínica REVALIDAÇÃO DA GUIA	93995724 AF	RTROSE D	E JOELHO) DIREITO								
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 A	anintanninia Ca	lisitadas									9	
1- 22 30726034 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4- _ _ _ _ _ _ _ _ _	do Procediment	AR Di	ARIA DE A	ACOMPANHA	ANTE CO	M REFEI DE 2 LEI	CAO COM	PLETA BANHE		CIR 1 2	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 2 2
Dados da autorização 39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	orizadas 4	1 - Tipo de	Acomodac	ão autorizada	a				
		L	2	1								
42 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizad	11		ospital / Local Au		ALIZADA	LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/04/2024 / 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												
46 - Data da Solicitação	47 - 7	าอริเทสเนเส (JU MIUIISS101	iai Suiicitante	40 - ASSI	natura do B	enenciano ol	u Kespons	savei 49 - ASS	ภาสเนโส ปี0	responsa/	ei pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 94800865	4 - Senha	94800865	5 - Data da Autorização 17/04/2024 09:44	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94800865		
Dados do Beneficiário					1170 172021 00111		0.00000	
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000054404331								
8 - Nome								
MARILIZA BERNARDI	CARAM							
Dados do Profissional Solic								
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	1 - E-mail			
MARCUS VINICIUS DA	NIELI							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica REVALIDAÇÃO DA GUIA 9 REVALIDAÇÃO DA GUIA 9	3995724 - ARTROSE DE 3 3995724 ARTROSE DE J	JOELHO DIREITO OELHO DIREITO						
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do l		Descrição		16 - Opção 17 - Qtd	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autoriza	ada 20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 72397950	CIN		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDA	·—-·		_ 2	_ _ , _	
10243070064 2- 74896466	CO		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT ALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-04					
2- 74896466 80044680257	CO		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT		- -	_ 1	,	
3- 73991953	CO		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-01		 	_ 1	_ _ , _	
80044680277			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT			_ı ·	I—I—I—I'I—I—I	
4- 74904590	INS		OLIETILENO COM RESTRICAO FIXO -			1	_ _ , _	
80044680272		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT	 DA <u> _ _ _ </u>		-		
5- _				_ _	_	_	_ _ , _	
_ _ _				_				
6- _				_ _	_ _ _ , _	_	,	
_ _ _	_ _ _			_	_ _ _ _			
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa		24/2004/5	FUNDO DE AQUICTENIONA A QUITTE DO	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	DE LONDOINA			
reletone Contratado: (43)3	3/2-0900 / Emitido em 17/	04/2024 / Empresa / Titular:	FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS	S SERVIDORES MUNICIPAIS [DE LONDRINA			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização			