

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93790611

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 93790611 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 18/01/2024 18:03 93790611 18/03/2024 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000053493896 01/02/2026 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **EVELYN CRISTINA COMENDA** Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 17 - UF JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO 06 28617 41 225270 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 29/01/2024 00:00 22 - Caráter do Atendimento 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 26 - Previsão de uso de OPME C S Ν 1 28 - Indicação Clínica luxação recidivante da patela esquerda recosntrução LPFM osteotomia femir distal 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 Assistenciais Solicitados 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 34 - Tabela 36 - Descrição 1- 22 30723086 OSTEOTOMIAS / ARTRODESES - TRATAMENTO CIRURGICO 1 2- **22** 30731119 TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 3- **22** 30733103 INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET 4- 22 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 5- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 6- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 8- |__|_| 9- | | | 10-| | | 11-12-I I I I II I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 18/01/2024 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



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

Unimed A

					_	
"	Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	· · ·
343269	93790611		93790611	18/01/2024 18:03		93790611
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000053493896						
8 - Nome						
EVELYN CRISTINA COME	ENDA					
Dados do Profissional Solicitan	te					
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail						
JOAO PAULO FERNANDI	ES GUERREIRO					
Dados da cirurgia			,			
	squerda - reconstrução LPFM + osteotomia femur di squerda recosntrução LPFM osteotomia femir dista					
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do Mate				. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 71502718		ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J	_ 2		_ 2	_ ,
80044680086		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 00 00597007		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	1		_ 1	_ _ , _
80044680085		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_		
3- 00 00116700		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1	, ,	_ 1	_ _ , _
80743230025	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_		
4- 00 76630471	CANULA DE DEBRIDAÇÃO A	T - 161 07 10 08 TIPO 07 4,5 X 120 MM , CM	2	,	_ 2	_ _ , _
80777280105	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_		
5- 70416427	PARAFUSO CANULADO - MN	M-211.20 PARAFUSO CANULADO ESCAFOI	2	,	_ 2	,
80163430004	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_		
6- 00 100457630	FIO DE SUTURA NAO ABSOF	RVIVEL DE ALTA RESISTENCIA MONOFILA	2	,	_ 2	_ _ , _
81544220019	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_		
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3372	2-0900 / Emitido em 18/01/2024 / Empresa / Titular: I	FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDOF	RES MUNICIPAIS D	E LONDRINA		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		