

89741304

(Via HOSPITAL)



_|/|__|/|__|

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 89741304 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 05/01/2023 09:57 89741304 06/03/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000053630842 01/02/2024 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 700809413688882 TERESINHA LEONILDA BOATTO FERNANDES LOPES Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO **ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ** 06 17905 225270 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida pata Internação 10.246.214/0001-04 20/01/2023 00:00 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 22 - Caráter de Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 2 S 1 3 Ν 1 28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO 29-CID10 Principal (opcional) 30-CID10(2) (opcional) 31-CID10(3) (opcional) 32-CID10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 34 - Tabela 36 - Descrição 1- 22 30726034 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1 1 2- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 1 3- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 3 3 12-Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 3 1 _|_|/|__| 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 Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 05/01/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIP AIS DE LONDRINA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



89741304



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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	а	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora
343269		89741304		89741304	05/01/2023 09:57	89741304
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira 8 - Nome						
0050000053630842 TERESINHA LEONILDA BOATTO FERNANDES LOPES						
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicita	inte		10 - Telefone	1	1 - E-mail	
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAćAO CLINICA EM ANEXO INDICAćAO CLINICA EM ANEXO						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do It	em 15 -	Descrição		16 - Opcão 17 - 0	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	licitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do materi		,	22 - Referência do material no fal			23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 00 75999080	INS	SERTO ARTICULAR DE	POLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-5952	2 1	,	_ _ 1 _ _ ,
80044680258		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESORT		i i i i i i	
2- 00 72397950	CIN		ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD CO) 2		2
10243070064	-		RCIO DE IMPLANTESORT	·	-	
3- 00						
80044680276 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT						'
80175510047 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORIT						
5- _				_		
6-				_	,	
	_ _ _ _				-	
24 - Especificação do material						
25 - Observações / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 05/01/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIP						
AIS DE LONDRINA						
00 0 1 1 0 " " "				Tan		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	rissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	
_ _ / _ _ / _	_					