

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94529397

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atr												
4 - Data da Autorização 5 - Senha 25/03/2024 12:01	94529397	6 - Data de Valida	ade da Senha 24/05/2024		_							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
0050000053537770 01/02/2026				N								
50 - Nome Social												
10 - Nome MILTON VELEI DE AQUINO JUNIOR												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Co	ontratado										
10.246.214/0001-04	UNIORT E O	RTOPEDIA ES	PECIALIZADA	LTDA								
14 - Nome do Profissional Solicitante			15 - Cons	elho Profissional	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO				
DANIEL FERREIRA FERNANDES VIE	IRA		06	19475			41	225270				
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados	da Internação											
19 - Código na Operadora / CNPJ 20	Nome do Hospita	al / Local Solicitado				21 - Data	a sugerida p	ara Internação				
10.246.214/0001-04	IIORT E ORTO	PEDIA ESPEC	CIALIZADA LT	DA		01/04/2	2024 00:0	0				
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Interna	ção 24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26 - F	Previsão de uso de OP	ME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico				
1 C		1	2	ļį.	s			N				
28 - Indicação Clínica												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opcid	onal) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	cidente (ad		oença relacionada)				
							9					
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicita							0.1.0.1	22 21 1				
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1- 22 30735033	36 - Descrição	ASTIA BROC	EDIMENTO VII	NEO A DED OS CO	OPICO DE OMBR		- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.				
2- 22 30735068					VIDEOARTROS			1				
3- 22 30735084					TO VIDEOARTRO	_		· i				
4- 22 30731089	TENODESE					1		1				
5- 18 60000805		QUARTO COLE	TIVO DE 2 LEI	TOS COM BAN	HEIRO PRIVATIV	0 2		2				
6- 18 60024151	ALUGUELTA	XA DE APARE	LHO / EQUIPA	MENTO PARA	ARTROSCOPIA I	PAR 1		1				
7-						_	_	_				
8-						_	_					
9- _ _						_	_					
10-						_	_					
11- _						_	_					
12-						l_	_					
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40	- Qtde Diárias Auto 2	orizadas 41 -	Tipo de Acomoda	ção autorizada								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04	1	ospital / Local Autor		LTDA				44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/03/2024 /Em relação ao material: 01 x cód: 00151360 - EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAM M C) - Material pago em conta Hospitalar / 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												



2 - Nº Guia no Prestador

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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 94529397 94529397 25/03/2024 12:01 94529397 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000053537770 8 - Nome MILTON VELEI DE AQUINO JUNIOR Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica LESAO DO MANGUITO ROTATOR LESAO DO MANGUITO ROTATOR Em relação ao material: 01 x cód: 00151360 - EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C) - Material pago em conta Hospitalar **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 1- 00 00151360 **EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C)** 10216350077 2- 00 71502718 ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J 80044680086 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 3- 00 00499293 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000 80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4- 00 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 5- 00 00241202 TROCATER ARTROSCOPICO 8,25X90MM PARTRO009 80371250020 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00712639 **GANCHO COMPRESSAO SUTURA BIP 742010000** 80356130057 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/03/2024 /Em relação ao material: 01 x cód: 00151360 - EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C) - Material pago em conta Hospitalar / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização



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

Unimed A

					7.	,					
1	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha	0.450000	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuí	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
343269		94529397		94529397	25/03/2024 12:01		94529397				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social											
0050000053537770											
8 - Nome											
MILTON VELEI DE AQUINO JUNIOR											
Dados do Profissional Solici											
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail						
DANIEL FERREIRA FEI	RNANDES VIEIRA										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica LESAO DO MANGUITO RO LESAO DO MANGUITO RO Em relação ao material: 01	TATOR	O P/IRRIGACAO 4VIAS (CIS	STOZAMM - IRRIGAZAMM C) - Material p	oago em conta Hospitalar							
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solid de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado				
7- 72320915			E LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLE			_ 1	,				
80044680067			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	•—•			1-1-1-1/1-1-1				
8- _				_ _	_ _ _ , _	_	_ _ , _				
	_ _ _					_ _					
9-				_ _	_	_ _	,				
	_			_	_ _ _ _	_ _					
10- _	_			_ _	_	_	,				
11-1	_		-		-	 					
···							IIII'III				
12-	_,,, _			,,,		 _					
	_ _ _			_	_ _ _ _						
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/03/2024 /Em relação ao material: 01 x cód: 00151360 - EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C) - Material pago em conta Hospitalar / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização						