

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94469424

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3	Número da Gui	a Atribuído	pela Opera	dora				_				
343269							944694	24				
4 - Data da Autorização 19/03/2024 17	5 - Senh		1469424	6 - Data de Vali		enha 05/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira	l	9 - /	Atendimento de	RN				
0050000045477208 19/11/2025 50 - Nome Social							N					1
SU - NUMB SUCIAL												
10 - Nome MARLA CRISTIAN JOAQUIN												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	Nome do Co ORT E O	ontratado RTOPEDIA E	SPECIA	LIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional S	olicitante						lho Profissional	16 -	Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ						06		179	905		41	225270
Dados do Hospital / Local			,	1/1 10 11 11						la. 5 .		
19 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ	ŧ		al / Local Solicitad DPEDIA ESPE		ADA LTI	DA .				a sugerida p 2024 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de In	ternação	24 - Regim	e de Internação	25 - Qt	de. Diárias	Solicitadas 26	- Previsão	de uso de OP	ME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
1	С			1		1			S			N
28 - Indicação Clínica DOR LIMITAÇÃO PARA	ANDAR SEM N	//ELHORA	C TRAT C	CLINICO								
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (op		10(2) (opcid	onal) 3	31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 3:		33 - Indicação de Acidente (acidente ou 9			loença relacionada)
Procedimentos ou Itens A 34 - Tabela 35 - Código	ssistenciais So		Descrição								- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 22 30731216 4- 22 30729181 5- 22 30729203 6- 18 60000805 7- 18 60024151 8-		OS' TR/ HAI OS' DIA	TEOCON ANSPOS LLUX VA TEOTOM ARIA DE	J SUTURA DE DROPLASTIA ICAO DE MAIS LGUS (UM PE IA OU PSEUD QUARTO COL	- ESTAI S DE 1 T S) - TRAI ARTROS LETIVO I	BILIZACA ENDAO - TAMENTO SE DOS I DE 2 LEIT	AO, RESSEC TRATAMEN CIRURGIC METATARSO TOS COM BA	CAO E/ ITO CIR O OS/FALA ANHEIR	OU PLASTI URGICO ANGES - TR O PRIVATIV	A # 1 2 2 AT 3 7O 1	_ _ _ _ _ _	1 1 2 2 3 1 1
Dados da autorização		-1								I-	-1	1
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut 1	orizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizad	11		ospital / Local Aut		117404	I TDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/03/2024 /************ OS CODIGOS 2X 30729181 - 3X 30729203 - 2X 30731216 - CIRURGIA SERÁ REALIZADA PELO DR. CESAR EDUARDO C.F.MARTINS CRM 22343 ********* / Empresa / Titular: SERVICO SOCIAL DA HABITACAO DE LONDRINA PARANA SECOVIMED L ONDRINA PR												
46 - Data da Solicitação	47 - A	ssinatura d	 Profission 	nal Solicitante	48 - Assin	natura do B	eneficiário ou R	esponsáv	el 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização



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

Unimed A

	_						
	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	pela Operadora
343269		94469424		94469424	19/03/2024 17:03		94469424
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000045477208							
8 - Nome							
MARLA CRISTIAN JOA	QUIN						
Dados do Profissional Solici	tante						
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica DOR + LIMITAÇÃO PARA A DOR LIMITAÇÃO PARA AI ***********************************	NDAR SEM MELHORA C	TRAT CLINICO	RGIA SERÁ REALIZADA PELO DR. CESAR EDUA	RDO C.F.MARTINS C	RM 22343 *********************************		
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M	Material 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	0 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate	rial	22 - Referência do mater	ial no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00499293	CAN		O OB F 2,9X5,5MM 892350000	1	_ ,	_ 1	_,
80356130052			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _		
2- 00 00116700	CAN		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1	,	_ 1	,
80743230025		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3- 00 00193178	FIO	KIRSCHNER 0,8X300MM	40012300080	1	_ ,	_ 1	,
10223680050				_ _ _ _			
4- 75607522	PAF	RAFUSOS DE COMPRESS	AO CANULADO PEQUENOS E GRANDES F	4	,	_ 4	,
81118460005		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _ _		
5- _	_ _ _			-	_	_	_,
	_ _ _ _		 _ _ _ _ 	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
6- _	_			_ _ -	_	_	_ ,
				_ _ _ _	_ _ _ _	_	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
			ODIGOS 2X 30729181 - 3X 30729203 - 2X 30731 SECOVIMED LONDRINA PR	216 - CIRURGIA SER	Á REALIZADA PELO DR. CESAR	E EDUARDO C.F.MARTINS	CRM 22343 *********************************
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		