

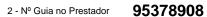
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95378908

(Via HOSPITAL)

1 "	3 - Número da G	uia Atribuído	o pela Opera	adora			0507					
343269	115 0	.h.a		I C Data da Vali)b	9537	8908				
4 - Data da Autorização 06/06/2024 1	5 - Ser		5378908	6 - Data de Vali		08/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 150000001513347						9 -	Atendimento N	de RN				
50 - Nome Social												
10 - Nome JOSELITA RODRIGUES DE MOURA												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		ł ł	- Nome do C									
	78.614.971/0001-19 IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA											
14 - Nome do Profissional Solicitante FABIO FRAGA MALULI DE OLIVEIRA					15 - Conselho Profissional 16 - Número do 39832			Conselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Loc			•									
19 - Código na Operadora	/ CNPJ	11		al / Local Solicitad		ONDDIN				11		para Internação
78.614.971/0001-19	7 as =: .					Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de				20/06/2024 06:00 OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de		24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qt	de. Diarias	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de C	DPME 27 -	Previsao de	uso de Quimioterapico
28 - Indicação Clínica JOELHO DIREITO// GONARTROSE												
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)												
						, , , , ,					9	
Procedimentos ou Itens												
34 - Tabela 35 - Códig 1- 22 3072603 2- 18 6000038 3- 18 6000080 4-	4	Al Di	ARIA DE	STIA TOTAL D ACOMPANHAI QUARTO COL	NTE CO	M REFEI DE 2 LEI	CAO COM	BANH	A EIRO PRIVAT	CIR 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 2
39 - Data provável da Adm	issão hospitalar	40 - Qtde	e Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizad	а				
			2	1								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.614.971/0001-19 43 - Nome do Hospital / Local A IRMANDADE DA SANTA				•		DE LOND	RINA					44 - Código CNES 2580055
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 06/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DE PARANAVAI COOPER ATIVA DE TRABALHO MEDICO 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 -	Assinatura	ao Profissio	nai Solicitante	48 - Assir	natura do B	eneticiário o	u Respo	nsavel 49 - A	ssinatura do	Kesponsáv	rei pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha			i ' II	6 - Número da Guia atribuí	ero da Guia atribuído pela Operadora	
343269		95378908		95	5378908	06/06/2024 14:45		95378908	
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
1500000001513347									
8 - Nome									
JOSELITA RODRIGUE	S DE MOURA								
Dados do Profissional Solid	citante								
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone		11	- E-mail			
FABIO FRAGA MALUL	I DE OLIVEIRA								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica OPME JOELHO DIREITO// GONA AUTORIZADO CONFORM									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição				Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	tado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
-	Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fa				-	de Funcionamento			
1- 74896466	CO		LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980		1	_ _ _ ,	. 1	,	
80044680257	DI A		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS		_ _ _ _	-			
2- 74951955 80044680317	PLA		ENO ESTABILIZADO ZIMMER - 596 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO:		1		. 1	_ ,	
	CIN				_ _ _ _ 2	-			
3- 72397888 10243070062	Cilv		TOPEDIA G1 VISCOSIDADE STAN CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO:				2	,	
4- 00 73990930	CO		PTION COM RESTRICAO - 00-5996		_ _ _ _ 1		I 1		
80044680277			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO:				. '	- - -	
5-		AKTIIKOM OOMEK	NO DE IIIII EARTEGORTOT EDIGOR					_ ,	
		111111			 	-!	·	IIII'III	
		IIIIII			 -	- 	 -	,	
					_ 	 		1-1-1-171-1-1	
24 - Especificação do Materia	<u> </u>								
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,									
25 - Observação / Justificativa	1								
Telefone Contratado: (43)3	3373-1500 / Emitido em 06/	06/2024 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Emp	oresa / Titular: UNIMED DE	E PARANA	VAI COOPERATIVA DE TRABAL	LHO MEDICO		
OO Date to Out the "	107 Active 1 5	· Control On Prince				December 1 and 1 december 2			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	otissional Solicitante		28 - As	sinatura do	Responsável pela Autorização			