

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91931586

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - <b>343269</b>	Número da Gui	a Atribuído	pela Opera	adora			91931586	5			
4 - Data da Autorização 20/07/2023 13	5 - Senha		1931586	6 - Data de Vali	idade da Sen 18/09/	1		_			
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira	a	9 - At	endimento de R	N			
0050000048652310			27/10	0/2023			N				
50 - Nome Social											
10 - Nome											
SUELY ARABORI											
Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Operadora  13 - Nome do Contratado											
78.613.841/0001-61		ASS	SOCIACA	AO EVANGEL	ICA BENE	FICENT	TE DE LOND	RINA			
14 - Nome do Profissional So		<b>.</b>			15	- Conselh	no Profissional	16 - Número	do Consell	11	18 - Código CBO
RAFAEL LEITE DE PI					06	06 23538			41	225270	
Dados do Hospital / Local			-	-1/11 O-15-3	1.				104	Date and the	
19 - Código na Operadora / 0 78.613.841/0001-61	JNPJ	t	•	al / Local Solicitad EVANGELICA		ENTE D	E LONDRIN	Α	21 -	· ⊔ata sugerida	para Internação
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Ini	L		ne de Internação	25 - Qtde.			Previsão de uso d		27 - Provisão de	uso de Quimioterápico
1	C	terriação	Z-F Rogiiii	1		1	Silonadas   20	S	.0 01 W.E	27 11001540 40	aso de Quimotorapido
28 - Indicação Clínica					<b></b>						
dor em quadril direito											
•											
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID	10(2) (opc	ional) 3	31 - CID 10(3) (op	cional) 32	2 - CID 10	0(4) (opcional)	33 - Indicação	de Aciden		doença relacionada)
								]		9	
Procedimentos ou Itens As			Dosorioão							27 Otdo So	olio 29 Otdo Aut
34 - Tabela 35 - Código o	do Procedimento		- Descrição PTROPLA:	STIA (QUALQ	UER TECN	IICA OU	VERSAO DE	QUADRII ) -	TRATA	37 - Qtde. So	olic. 38 - Qtde. Aut. <b>1</b>
2- 18 60000805				QUARTO COL				•		1	1
3-	1111	1		407			50 00 III 27 III				
4-		-i								 	
5-		-i									
6-		-i									
7-		-i									
8-	,, 									_  	  _
9-		-i									
10-		-i									 
11-		-i									
12-		i _								_    _	   _
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de Ac	omodação	autorizada				
			1	1							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES											
78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792											
45 - Observação / Justificativ Telefone Contratado: (43)		mitido em	20/07/202	3 / Empresa / Ti	tular: SUEL	/ ARABC	ORI				
(10)											
	11							, . 11			
46 - Data da Solicitação	47 - A	ssinatura o	do Profissior	nal Solicitante	48 - Assinatu	ıra do Ber	neficiário ou Res	ponsável   49	- Assinatur	a do Responsá	vel pela Autorização



### 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenc		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora
343269		91931586		91931586	20/07/2023 13:47	91931586
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social				
0050000048652310						
8 - Nome						
SUELY ARABORI						
Dados do Profissional Solid	itante					
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	11	1 - E-mail	
RAFAEL LEITE DE PIN	IHO TAVARES					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica						
dor em quadril direito						
dor em quadril direito						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do l		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	
1- 74900994	CUF		FALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPULA	1		_  1
80044680269			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
2- 74898680	CON		ARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-81	1		_  1
80044680261			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
3- <b>71802398</b>	ACE		S ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO AC			_  1
80023450092			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
4- 73983683	ACE		IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8	1		_  1
80044680259			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
5- <b>73996475</b>	HAS	STES FEMORAIS CIMENT		1		_  1
80044680303			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
6- 00506605	CIM		CO SIMPLEX DOSE TOTAL 20ML LIQ. + 40G			_  2  _ _ , _
80005430445		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
24 - Especificação do Materia						
25 - Observação / Justificativa		07/2023 / Empresa / Titular:	CHELV ADADODI			
Teleforie Contratado. (43)3	5376-1000 / Emiliao em 20/0	07/2023 / Empresa / Titular.	SUELT ARABORI			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	
,						



### 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	- Senha			6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269	91931586		91931586	20/07/2023 13:47		91931586	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social						
0050000048652310							
8 - Nome							
SUELY ARABORI							
Dados do Profissional Solic	itante						
9 - Nome do profissional solici	tante	10 - Telefone	11	1 - E-mail			
RAFAEL LEITE DE PIN	HO TAVARES						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica							
dor em quadril direito dor em quadril direito							
doi em quadm direito							
OPME Solicitadas	Assets 45 December 2		10.0	0.15.75.15.40.17.15.41.57.5.0.15	in to 40. Other Artists to 0	0. Mala allanda a A. da da a la	
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		rial no fabricante	23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	) - Valor Unitario Autorizado	
7- 00642339		OR PRESSURIZACAO 805002	<u> </u>	_ _ _ ,	_  1	,	
80743230039	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 				
8- 00687022	PARAFUSO ACETABULAR 6	6,5X30MM 00-6250-065-30	<u>  </u> 2	_ _ _ ,	_  2	_ _ ,	
80044680308	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
9- <b>73302260</b>		01.00015 - RESTRITOR PARA CIMENTO 15	<u> </u> 1	,	_  1	,	
10417940039	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _				
10-		<del></del>		_	_ _	_,	
				_ _ _ _ _	_		
<sup>11</sup> -				_	_	_ ,	
	_ _ _ _	_ _ _ _		_ _ _ _	II 	,	
					-l	-	
24 - Especificação do Materia			I—I—I—I—I				
24 - Especificação do Materia							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3	378-1000 / Emitido em 20/07/2023 / Empresa / Titular:	SUELY ARABORI					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura da	Responsável pela Autorização			
20 Data da Odilolação	2 Assinatora do i Torissional Solicitante		20 - Assiriatura ut	Στιουροποάνοι μοιά Λυτοπ <u>Σ</u> αφάθ			