

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91720213

(Via HOSPITAL) 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 91720213 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 30/06/2023 17:28 91720213 29/08/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000014009644 31/07/2025 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **ILCA MARIA DE OLIVEIRA** Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 225270 **TOMAS SEIBEL** 06 36495 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 10/07/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação C 2 Ν 28 - Indicação Clínica PÓS OPERATÓRIO ARTROPLASTIA TOTAL QUADRIL COM INFECÇÃO DE SITIO CIRURGICO E FRATURA FEMUR PROXIMAL 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) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30725151 PSEUDARTROSES E/OU OSTEOTOMIAS - TRATAMENTO CIRURGICO 2- **22** 30710049 RETIRADA DE PROTESES DE SUBSTITUICAO DE PEQUENAS ARTICULACO 3- **22** 30724058 ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA 4- 22 30713048 **ENXERTOS EM OUTRAS PSEUDARTROSES** 1 5- **18** 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 2 6- |__|_| 7- |__|_| 8- |__|_| 9- | | | 11-12-I I I I II I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 30/06/2023 / Empresa / Titular: ILCA MARIA DE OLIVEIRA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 91720213		4 - Senha 91720213		5 - Data da Autorização 30/06/2023 17:28	1							
		91720213		91720213	30/00/2023 17.28		91720213						
Dados do Beneficiário		[· · · · · ·											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social											
0050000014009644													
8 - Nome													
ILCA MARIA DE OLIV	EIRA												
Dados do Profissional Solicitante													
9 - Nome do profissional soli	citante		10 - Telefone	11	- E-mail								
TOMAS SEIBEL													
Dados da cirurgia													
12 - Justificativa técnica PÓS OPERATÓRIO ARTI PÓS OPERATÓRIO ARTI	ROPLASTIA TOTAL QUADR ROPLASTIA TOTAL QUADR	RIL COM INFECÇÃO DE SIT RIL COM INFECÇÃO DE SIT	IO CIRURGICO E FRATURA FEMUR PROXIMAL IO CIRURGICO E FRATURA FEMUR PROXIMAL										
OPME Solicitadas													
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição			. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado						
21 - Registro ANVISA do Ma		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento								
1- 00614327	COI	NJUNTO CIMENTACAO PI				_ 1	,						
10395270061			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA										
2- 72466901	SIS	* -	MOBILITY - 110024462: REVESTIMENTO A			_ 1	,						
80044680251			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA										
3- 72466740	SIS		MOBILITY - XL-200146: SUPORTE DUAL M			_ 1	,						
80044680251			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_									
4- 72208619	SIS		PARA SUBSTITUICAO TOTAL DE QUADRIL	<u> 3</u>		_ 3	,						
80044680220			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA										
5- 74001981	CAL	BECAS FEMORAIS META				_ 1	,						
80044680325 6- 00665959	CIM		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA CO SEM ANTIBIOTICO SIMPLEX 40G 20ML 6		-								
6- 00665959 80005430014	Cilvi		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 2 		_ 2	- - -						
24 - Especificação do Materi	al												
)3378-1000 / Emitido em 30/	06/2023 / Empresa / Titular: I	ILCA MARIA DE OLIVEIRA										
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante				28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização								



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

	3 - Número da Guia Referen	1	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	
343269		91720213		91720213	30/06/2023 17:28		91720213
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social							
0050000014009644							
8 - Nome							
ILCA MARIA DE OLIVE	IRA						
Dados do Profissional Solic							
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	11	I - E-mail		
TOMAS SEIBEL							
Dados da cirurgia							
			TIO CIRURGICO E FRATURA FEMUR PROXIMAL TIO CIRURGICO E FRATURA FEMUR PROXIMAL				
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4	
7- 77657160 10417940039	HAS		01.00018 / 09.32.01.00018 RESTRITOR PAR CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ ,	_ 1	_ ,
8- 72886749	PP (QUADRIL SEM CIMENTO - 100101914			1	
80044680371	1100		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		י י 	-l '	I
9- 73226513	FIO		SE OSSEA - CABO PARA CERCLAGEM CO			3	
10223710073			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1	I—I—I—I"I—I—I
10 -00 72207655	SIS	TEMA NAO CIMENTADO	PARA SUBSTITUICAO TOTAL DE QUADRIL	1		1	,
80044680220		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _			
11-	_ _ _				_	_	_ _ _ ,
					_	_ _	
12-	_ _ _				_	_	_ _ _ ,
					_ _ _ _	_	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		06/2023 / Empresa / Titular:	ILCA MARIA DE OLIVEIRA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		