

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94235187

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - I	Número da Guia	Atribuído	pela Oper	adora								
343269							9423	5187				
4 - Data da Autorização	5 - Senha			6 - Data de '	Validade da	Senha						
28/02/2024 17:	55	94	235187		28/	/04/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Va	alidade da Cart	eira	9 -	Atendimento	de RN				
0050000003863452			05/0	3/2026			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome												
ABILIO JOAO DE MEDEIROS JUNIOR												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		- 11		Contratado								
78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA												
14 - Nome do Profissional Solicitante					15 - Conselho Profissional			onal	16 - Número do Conselho		17 - UF	18 - Código CBO
RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES					06			23538		41	225270	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação												
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação ASSOCIAÇÃO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA												
78.613.841/0001-61												
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regir	ne de Internação	o 25 - Q	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPN	1E 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
1	С			1		3			S			
28 - Indicação Clínica DOR EM QUADRIL EVOLU	IINDO COM IM	1POTENO	CIA FUNC	CIONAL								•
												•
												•
29 - CID 10 Principal (opciona	I) 30 - CID 1	0(2) (opci	onal)	31 - CID 10(3)	(opcional)	32 - CID	10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de Ad	idente (a	cidente ou d	doenca relacionada)
		- () (- 1 -			(-1)		- () (-1	,	,	(9	,
Procedimentos ou Itens As	l L	citados										
	Procedimento		Descrição)						37	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30724058			-		LQUER TE	CNICA O	U VERSA	O DE C	QUADRIL) - TRA			1
2- 18 60000554		DIA	RIA DE	APARTAMI	ENTO SIM	PLES				3		3
3- _		l								_	_ _	_ _ _
4- _		l								_	_ _	_ _ _
5- _	_	l								_	_	_ _ _
6- _	_	l								_	_ _	
7- _	-	!									_	
8- _		<u> </u>									_	
9-	-										_	_ _ _
	1 1 1 1	l ——								- 	_	
										I-	_	
11-	 -	l								- 1	1 1 1	
11-										-	_ _	_ _
11-										_	_	
11-	ăo hospitalar	40 - Qtde	Diárias Au		41 - Tipo de		ão autorizad			_	_ _	
11-			3	ıtorizadas	41 - Tipo de 12							
11-		43 - 1	3 Nome do F	itorizadas Hospital / Local	41 - Tipo de 12 Autorizado	e Acomodaç	ão autorizad	а		_		44 - Código CNES
11-	NPJ autorizado	43 - 1	3 Nome do F	ıtorizadas	41 - Tipo de 12 Autorizado	e Acomodaç	ão autorizad	а		_		44 - Código CNES 2550792
11-	NPJ autorizado	43 - 1 ASS	3 Nome do F	ntorizadas Hospital / Local AO EVANG	41 - Tipo de 12 Autorizado ELICA BE	e Acomodaç ENEFICEN	ão autorizad	a ONDRI	INA	ENTO	ALITOPIZA	2550792
11-	NPJ autorizado	43 - 1 ASS	3 Nome do H SOCIAC 28/02/202	ntorizadas Hospital / Local AO EVANG	41 - Tipo de 12 Autorizado ELICA BE	e Acomodaç ENEFICEN	ão autorizad	a ONDRI	INA	ENTO - /	AUTORIZA	2550792
Dados da autorização 39 - Data provável da Admiss 42 - Código na Operadora / C 78.613.841/0001-61 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	NPJ autorizado	43 - 1 ASS	3 Nome do H SOCIAC 28/02/202	ntorizadas Hospital / Local AO EVANG	41 - Tipo de 12 Autorizado ELICA BE	e Acomodaç ENEFICEN	ão autorizad	a ONDRI	INA	ENTO - A	AUTORIZA	2550792
Dados da autorização 39 - Data provável da Admiss 42 - Código na Operadora / C 78.613.841/0001-61 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	NPJ autorizado	43 - 1 ASS	3 Nome do H SOCIAC 28/02/202	ntorizadas Hospital / Local AO EVANG	41 - Tipo de 12 Autorizado ELICA BE	e Acomodaç ENEFICEN	ão autorizad	a ONDRI	INA	ENTO - <i>i</i>	AUTORIZ <i>A</i>	2550792



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 94235187 94235187 28/02/2024 17:55 94235187 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000003863452 8 - Nome ABILIO JOAO DE MEDEIROS JUNIOR Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica **EM ANEXO** DOR EM QUADRIL EVOLUINDO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL KIT DE LAVAGEM NAO É PADRONIZADO PARA ESSE PROCEDIMENTO - AUTORIZADO SERINGA DE 60ML 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 74900889 CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-8753-052-01 - CUPULA 80044680269 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 2- 00 73984736 ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8 80044680259 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 3- 00 74898680 COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-81 80044680261 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4- 00 74004379 CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02 80044680330 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 5- 00 72397888 CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G 2 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 10243070062 6- 00 00737470 CONJUNTO CIMENTACAO PRESSURIZACAO 608.017.00001 80693380005 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 28/02/2024 /KIT DE LAVAGEM NAO É PADRONIZADO PARA ESSE PROCEDIMENTO - AUTORIZADO SERINGA DE 60ML PAGO EM CONTA HOSPITALAR / Empresa / Titular: ABILIO JOA O DE MEDEIROS JUNIOR 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização