

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

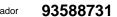
2 - Nº Guia no Prestador

93588731

(Via HOSPITAL) 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 93588731 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 26/12/2023 08:26 93588731 08/03/2024 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 1830000001630011 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome JOAO HENRIQUE RATTO MARTINS 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 **TOMAS SEIBEL** 225270 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 05/01/2024 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 1 Ν 1 28 - Indicação Clínica ARTROSE DE QUADRIL 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 ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA 1- 22 30724058 1 TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES 2- 22 30731127 1 3- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 4- |__|_| 6- |__|__| 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 26/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL DE CAMPO MOURAO

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

"	3 - Número da Guia Referenciada 4 - S		- Senha		5 - Data da Autorização	· ' '	
343269		93588731		93588731	26/12/2023 08:26		93588731
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1830000001630011							
8 - Nome							
JOAO HENRIQUE RATT	O MARTINS						
Dados do Profissional Solicit							
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
TOMAS SEIBEL							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica ARTROSE DE QUADRIL ARTROSE DE QUADRIL AUTORIZADO CONFORME	UNIMED DE ORIGEM						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	0 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4	
			MPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>	_ ,	_ 1	_,
			CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-30			2	,
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 	-	_1 _2	
3- 74004379 CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA						_ 1	
80044680330			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_1 .	1-1-1-171-1-1
4- 00 74900676	CUI	PULA ACETABULAR MET	ALICA ZIMMER - 00-8753-056-01 - CUPULA	1		1	_ _ ,
80044680269		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _		_ .	
5- 00 74320467	СО	MPONENTE FEMORAL PA	ARA QUADRIL NAO CIMENTADO ZIMMER -	<u> </u> 1	,	_ 1	_ _ , _
80175510040		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _		
6- _	 				_	_ _	_,
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 26/12/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL DE CAMPO MOURAO							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização		