

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91690960

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	- Número da Guia	Atribuído pela Opera	dora		91690	960			
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid	lada da Sanha	31030	300			
28/06/2023 17	11	91690960	6 - Data de Valid	28/08/2023					
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		8 - Va	lidade da Carteira	9 -	Atendimento d	de RN			
9750000017113078					N				
50 - Nome Social									
10 - Nome FRANCISCO DE ASS	IS XAVIER								
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA									
14 - Nome do Profissional S				15 - Cons	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 23538			17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local									220270
19 - Código na Operadora /		20 - Nome do Hospita	al / Local Solicitado	<u> </u>			21 - D:	ata sugerida n	ara Internação
78.613.841/0001-61	11	ASSOCIACAO E			DE LOND	RINA	11	7/2023 07:0	=
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	rnação 24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtde. Diárias 2	Solicitadas	26 - Previsão de uso de S	OPME 27	- Previsão de	uso de Quimioterápico
DOR INTENSA NO QUAE	ORIL DIREITO								
29 - CID 10 Principal (opcior	nal) 30 - CID 1	0(2) (opcional)	1 - CID 10(3) (opci	ional) 32 - CID	10(4) (opciona	al) 33 - Indicação (de Acidente	(acidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Solid	citados							
1- 22 30724058 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4- _ _ _ _ _ _ _ _ _		DIARIA DE A	ACOMPANHAN QUARTO COL	ITE COM REFE	TOS COM E	BANHEIRO PRIVA	RATA		c. 38 - Qtde. Aut. 1 2
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admis	ssão hospitalar	40 - Qtde Diárias Aut 2	orizadas 41 -	- Tipo de Acomoda	ão autorizada				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 44 - Código CNES 2550792									
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 28/06/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização									



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269	91690960		91690960		0 28/06/2023 17:25	91690960	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
9750000017113078							
8 - Nome							
FRANCISCO DE ASSIS	XAVIER						
Dados do Profissional Solic	itante						
9 - Nome do profissional solici	itante		10 - Telefone		11 - E-mail		
RAFAEL LEITE DE PIN	IHO TAVARES						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica							
EM ANEXO DOR INTENSA NO QUADE	DII DIBEITO						
DOR INTENSA NO QUADI	RIL DIREITO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do material no fabricante			ão de Funcionamento		
1- 73984736 80044680259	ACI	TABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8				_ 1	
			11	-	1		
80044680269				- - - - - - - - - - - - - -	_ 1		
3- 74898680			11				
80044680261						-1 '	
4- 74004379					1		
80044680330							
5- 00 72397888	CIN		TOPEDIA G1 VISCOSIDADE STAND	11		_ 2 _ _ , _	
10243070062	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDIC						
6- 00737470	CO	NJUNTO CIMENTACAO P	RESSURIZACAO 608.017.00001			_ 1	
80693380005		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	_TDA _ _ _ _			
24 - Especificação do Materia							
25 - Observação / Justificativa	l						
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 28/06/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA							
OC. Data da Callatta a	07 4::::::::::::::::::::::::::::::::::::	-final-nat Callata at a		100 4	de Deservatival mate A 102 007		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	Diissional Solicitante		28 - Assinatura	do Responsável pela Autorização		



RÔTESES E 2 - Nº Guia no Prestador



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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 91690960	4 - Senha	91690960	5 - Data da Autorização 28/06/2023 17:25	6 - Número da Guia atribuído	o pela Operadora 91690960
Dados do Beneficiário	5.000		0.00000			0.00000
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
9750000017113078	125 115 033					
8 - Nome						
FRANCISCO DE ASSIS	XAVIFR					
Dados do Profissional Solicit						
9 - Nome do profissional solicita		10 - Telefone	111	- E-mail		
RAFAEL LEITE DE PINI		1				
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica						
EM ANEXO						
DOR INTENSA NO QUADR	IL DIREITO					
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mater 7- 74327860		INENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-20	23 - Nº Autorização I 2	de Funcionamento	_ 2	_ _ _ ,
80175510058		O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_ _	- -
8- 73302325		00013 - RESTRITOR DE CIMENTO 13 MM	- 1		1	_ _ _ ,
10417940039		O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_, 		-1 .	IIII'III
9- _			_		_	_ _ , _
				_	_ _	
10- _		 	_	_	_	,
		_ _ _ _	_ _ _		_	
11-			_	_	_	,
		_ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _		
12- _			_	_	_ _	_ ,
				_ _ _ _		
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
	878-1000 / Emitido em 28/06/2023 / Empresa / Titular: UN	NIMED DO ESTADO DO PARANA				
00.00.10.00.00						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
	II.					