

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91419626

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 91419626 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 02/06/2023 12:15 91419626 06/08/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0690000009934394 01/01/2021 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome JOSE LOPES DE ALMEIDA 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 **RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES** 225270 06 23538 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 20/06/2023 07:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico C 1 2 28 - Indicação Clínica DOR INTENSA EM QUADRIL ESQUERDO 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 1 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 2- 18 60000384 1 1 3- **18** 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 2 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 02/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED PONTA GROSSA 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 Referen		4 - Senha			1	6 - Número da Guia atrib	· · ·		
343269		91419626			91419626	02/06/2023 12:15		91419626		
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social										
069000009934394										
8 - Nome										
JOSE LOPES DE ALMEIDA										
Dados do Profissional Solic	itante									
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone		11	- E-mail				
RAFAEL LEITE DE PIN	HO TAVARES									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica EM ANEXO DOR INTENSA EM QUADF AUTORIZADO CONFORMI										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição	(d f.) 2	1		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	tado 19 - Qtde. Autorizad	la 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		ZIMMED OOO I	23 - Nº Autorização	de Funcionamento		_ , , , , , , , , ,		
1- 00 73984736		ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  ' ' ' ' '		_  1	,		
80044680259							1 1			
2- <b>00 74900889 80044680269</b>		CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-8753-052-01 - CUPULA ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  '		_  1	-		
3- <b>74898680</b>	CO		RA QUADRIL CIMENTADO Z				1			
80044680261	COI		IO DE IMPLANTESORTOPED		_  '		-l '	-		
4- 74004379	CVI		RAMICA ZIMMER - 00-8775-0		1		1			
80044680330	OAI		IO DE IMPLANTESORTOPED		!	1    1	-l '	1		
5- <b>00 72397888</b>	CIM		TOPEDIA G1 VISCOSIDADE S				_  2	,		
10243070062	O.I.I.		IO DE IMPLANTESORTOPED		_, _		-ı <del>-</del>	1-1-1-171-1-1		
6- 00737470	COI		RESSURIZACAO 608.017.000		1 1		1	,		
80693380005			IO DE IMPLANTESORTOPED		, 		-1	111/111		
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 02/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED PONTA GROSSA										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante			28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				



Unimed A

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

· 11	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269	91419626		91419626	02/06/2023 12:15	91419626					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social									
0690000009934394										
8 - Nome										
JOSE LOPES DE ALMEIDA										
Dados do Profissional Solicit										
9 - Nome do profissional solicita		10 - Telefone	1	1 - E-mail						
RAFAEL LEITE DE PINI	IO TAVARES									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica EM ANEXO DOR INTENSA EM QUADRI AUTORIZADO CONFORME										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M					citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado					
<ul><li>21 - Registro ANVISA do Mater</li><li>7- 00 74327860</li></ul>		erial no tabricante  CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-20	23 - Nº Autorização	de Funcionamento						
7- <b>00 74327860 80175510058</b>		RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>    2</u>	-	_  2					
8- <b>77657489</b>		.01.00021 / 09.32.01.00021 RESTRITOR PAR								
10417940039		RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	, <u> </u>	: 						
9-   _	<u> </u>			_	_					
				_ _ _	_ _					
10-  _			_   _ _	_	_					
			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _					
11-				_   _ _ _ _	_! .   _   _   _   _					
				_ _ _ _						
12-				_						
24 - Especificação do Material										
24 - Especificação do imaterial										
25 - Observação / Justificativa	70 4000 / F - W   00/00/2000 / W   TOP!	ONE ODNE UNIMED DE ODICE LA LE	LINIMED BOXET: 5:	20004						
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 02/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED PONTA GROSSA										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização						