

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94095610

(Via HOSPITAL)

| 1 -   | - Número da Gu  | ia Atribuído | pela Opera    | adora                      |              |                         |                         |          |                                 |   |             |                                    |
|---|-----------------|--------------|---------------|----------------------------|--------------|-------------------------|-------------------------|----------|---------------------------------|---|-------------|------------------------------------|
| 343269  |                 |              |               |                            |              |                         | 9409                    | 5610     |                                 |   |             |                                    |
| 4 - Data da Autorização<br>16/02/2024 17:51 5 - Senha   |                 |              | 4095610       | 6 - Data de V              |              | Senha<br><b>04/2024</b> |                         |          |                                 |   |             |                                    |
| Dados do Beneficiário   |                 |              |               |                            |              |                         |                         |          |                                 |   |             |                                    |
| 7 - Número da Carteira  |                 |              | 11            | ilidade da Carte<br>3/2025 | ira          | 9 -                     | Atendimento<br><b>N</b> | de RN    |                                 |   |             |                                    |
| 0050000060879249 10/03/2025   |                 |              |               |                            |              |                         |                         |          |                                 |   |             |                                    |
| 50 - Nome Social  |                 |              |               |                            |              |                         |                         |          |                                 |   |             |                                    |
| 10 - Nome ADILSON APARECIDO DE CAMARGO  |                 |              |               |                            |              |                         |                         |          |                                 |   |             |                                    |
| Dados do Contratado Solicitante   |                 |              |               |                            |              |                         |                         |          |                                 |   |             |                                    |
| 12 - Código na Operadora<br>78.613.841/0001-61  |                 | 11           | Nome do C     | ontratado<br>AO EVANGE     | I ICA BE     | NEELCEI                 | ATE DE L                | ONIDD    | INIA                            |   |             |                                    |
| 14 - Nome do Profissional S   | Colicitante     |              | 300IAC        | TO EVAINGE                 | LICA BL      |                         | elho Profissio          |          | 16 - Número do C                | onselho                                   | 17 - UF     | 18 - Código CBO                    |
| TOMAS SEIBEL  | ononanto        |              |               |                            | 06 36495     |                         |                         |          | Ondonio                         | 41  | 225270      |                                    |
| Dados do Hospital / Loca  | Solicitado / Da | ados da Int  | ternação      |                            |              |                         |                         |          |                                 |   |             |                                    |
| 19 - Código na Operadora /  | CNPJ            | 11           |               | al / Local Solicit         |              |                         |                         |          |                                 | 11  |             | para Internação                    |
| 78.613.841/0001-61  |                 |              |               |                            |              | EFICENTE DE LONDRINA    |                         |          |                                 | 26/02/2024 00:00                          |             |                                    |
| 22 - Caráter do Atendimento  1  | 23 - Tipo de Ir | nternação    | 24 - Regim    | ne de Internação           | 25 - Q       | tde. Diárias<br>1       | Solicitadas             | 26 - Pre | evisão de uso de OP<br><b>S</b> | ME   27 - I                               | Previsão de | uso de Quimioterápico              |
| 28 - Indicação Clínica<br>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)  |                 |              |               |                            |              |                         |                         |          |                                 |   |             |                                    |
|   |                 |              |               |                            |              |                         |                         |          |                                 | 9   |             |                                    |
| Procedimentos ou Itens A  | ssistenciais Sc | olicitados   |               |                            |              |                         |                         |          |                                 |   |             |                                    |
| 34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30724058 2- 22 30731127 3- 18 60000805 4-                   5-                 6-                 8-                 10-                 11-               Dados da autorização   |                 | AR<br>TE     | NOPLAS        | TIA DE TENI<br>QUARTO CO   | DAO EM (     | DUTRAS<br>DE 2 LEI      | REGIOES<br>TOS COM      | BANH     |                                 | (TA 1 1 / 1 / 1 / 1 / 1 / 1 / 1 / 1 / 1 / | - Qtde. Sol | ic. 38 - Qtde. Aut.  1 1 1         |
| 39 - Data provável da Admi  | ssão hospitalar | 40 - Otde    | Diárias Aut   | torizadas                  | 11 - Tipo de | Acomodac                | ão autorizad            | a        |                                 |   |             |                                    |
| 2.2 2 am provided ad Admir  | noophalal       | Saide        | 1             | - 11                       | 1 - Tipo de  | comoudy                 | GOLONZOU                |          |                                 |   |             |                                    |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61 43 - Nome do Hospital / Local ASSOCIACAO EVANG  |                 |              |               |                            |              | NEFICE                  | NTE DE L                | ONDR     | INA                             |   |             | 44 - Código CNES<br><b>2550792</b> |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 16/02/2024 /Em relação ao amterial solicitado:04 x Proteção individual - Trata - se de Avental Cirúrgico - Material de con sumo Hospitalar - Incluso em taxa Hospitalar / Empresa / Titular: ADILSON APARECIDO DE CAMARGO  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização |                 |              |               |                            |              |                         |                         |          |                                 |   |             |                                    |
| 46 - Data da Solicitação  | 47 - /          | assinatura ( | uo Profissioi | nai Solicitante            | 48 - Assi    | natura do B             | eneticiario o           | u Kespo  | nsaver   49 - Ass               | inatura do                                | kesponsáv   | eı peıa Autorização                |



Unimed A

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

|   |                                      |                                |  |  | 1   |   |               |  |  |  |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|--|--|---|---|---------------|--|--|--|
| 1 - Registro ANS  | 3 - Número da Guia Referen           | 94095610                       | 4 - Senha  | 94095610                                     | 5 - Data da Autorização                         | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 9409561 |               |  |  |  |
| 343269  |                                      | 94095610                       |  | 94095610                                     | 16/02/2024 17:51                                |   | 94095610      |  |  |  |
| Dados do Beneficiário   |                                      |                                |  |  |   |   |               |  |  |  |
| 7 - Número da Carteira  |                                      | 29 - Nome Social               |  |  |   |   |               |  |  |  |
| 0050000060879249  |                                      |                                |  |  |   |   |               |  |  |  |
| 8 - Nome  |                                      |                                |  |  |   |   |               |  |  |  |
| ADILSON APARECIDO   |                                      |                                |  |  |   |   |               |  |  |  |
| Dados do Profissional Solicitante   |                                      |                                |  |  |   |   |               |  |  |  |
| 9 - Nome do profissional solic  | tante                                |                                | 10 - Telefone  | 1  | 1 - E-mail                                      |   |               |  |  |  |
| TOMAS SEIBEL  |                                      |                                |  |  |   |   |               |  |  |  |
| Dados da cirurgia   |                                      |                                |  |  |   |   |               |  |  |  |
| 12 - Justificativa técnica<br>ARTROSE DE QUADRIL<br>ARTROSE DE QUADRIL<br>Em relação ao amterial soli | citado:04 x Proteção indivic         | dual - Trata - se de Avental C | cirúrgico - Material de consumo Hospitalar - In                            | ncluso em taxa Hospitalar                    |   |   |               |  |  |  |
| OPME Solicitadas  |                                      |                                |  |  |   |   |               |  |  |  |
| 13 - Tabela 14 - Código do  |                                      | Descrição                      |  |  |   | sitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitár      | io Autorizado |  |  |  |
| 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no f                                     |                                      |                                |  |  | o de Funcionamento                              |   |               |  |  |  |
| 1- 74319035 COMPONENTE FEMORAL PARA Q   |                                      |                                | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA  |  | _   ,   | _  1  | l,I           |  |  |  |
|   |                                      |                                |  | 1111   |   |   |               |  |  |  |
| 2- 74971808 CABECAS FEMORAIS METALICAS 80044680328 ARTHROM COMERCIO DE                                |                                      |                                | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA  |  |   | _  1  | l,III         |  |  |  |
|   | COL                                  |                                | ARES CERAMICOS - 00-8775-008-32  | `  _ _ _ _                                   |   |   |               |  |  |  |
| 3- <b>00 73993514 80044680286</b>   | COI                                  |                                | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA  | <u>                                     </u> |   | _  1  | l,III         |  |  |  |
|   | DAT                                  |                                |  |  |   |   |               |  |  |  |
| 4- 00687022<br>80044680308  | 00687022 PARAFUSO ACETABULAR 6,5X30N |                                |  | I—I  |   | _  2  _ _ _   | l,III         |  |  |  |
|   | CUI                                  |                                | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA  |  |   |   |               |  |  |  |
| 5- <b>74900994</b><br><b>80044680269</b>  | CUI                                  |                                | ALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPU                                       |  | _   ,   | _  1  | l,I           |  |  |  |
| 6- 73983683   | ACI                                  |                                | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD <i>i</i><br>IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - |  |   |   |               |  |  |  |
| 80044680259   | ACI                                  |                                | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA  |  | _ <del>  ,</del>   ,<br>                        | _  1   _ _  | l,III         |  |  |  |
| 24 - Especificação do Materia   |                                      | 7.11.11.10.11.00.11.21.11      |  | <u> </u>                                     |   |   |               |  |  |  |
| 24 - Especificação do Materia   |                                      |                                |  |  |   |   |               |  |  |  |
| 25 - Observação / Justificativa   |                                      |                                |  |  |   |   |               |  |  |  |
| Telefone Contratado: (43)3<br>N APARECIDO DE CAMAR  |                                      | 02/2024 /Em relação ao amt     | erial solicitado:04 x Proteção individual - Trata                          | a - se de Avental Cirúrgico -                | Material de consumo Hospitalar - I              | ncluso em taxa Hospitalar / Empresa / Titu          | lar: ADILSO   |  |  |  |
|   |                                      |                                |  |  |   |   |               |  |  |  |
| 26 - Data da Solicitação  | 27 - Assinatura do Pro               | ofissional Solicitante         |  | 28 - Assinatura c                            | 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização |   |               |  |  |  |