

### GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90382554

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da G		da - ala Oa aa	- dana									
343269	3 - Numero da G	ula Atribuio	o pela Oper	adora			9038	2554					
4 - Data da Autorização	5 - Ser		90382554	6 - Data de Valid									
06/03/2023 15:25         90382554         05/05/2023           Dados do Beneficiário         05/05/2023													
7 - Número da Carteira			8 - Va	alidade da Carteira	l	9 -	Atendimento	de RN					
0050000041043270 31/01				1/2025			N						
50 - Nome Social													
10 - Nome THEREZA FALKOWSKI BERTOLDI													
Dados do Contratado Solicitante													
, ,				Nome do Contratado SOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA									
14 - Nome do Profissional Solicitante				AO LVANGLLI	15 - Conselho Profissional   16 - Número do					onselho	17 - UF	18 - Código CBO	
RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES					06 23538			23538		41	225270		
Dados do Hospital / Loc			-		-								
19 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61	a / CNPJ	11		tal / Local Solicitad		ICENTE	DELON	DRINA		11	a sugerida p 2023 00:0	para Internação	
22 - Caráter do Atendiment	o 23 - Tipo de		SOCIACAO EVANGELICA BENE								27 - Previsão de uso de Quimioterápico		
1	11	;		1		2			S			N	
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA I	EM ANEXO												
												•	
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)				
Procedimentos ou Itens	Assistenciais S	Solicitados											
	go do Procedime		6 - Descrição								- Qtde. Sol		
1- 22 3072409 2- 22 3073200				•	UER TE	CNICA O	U VERSA	O DE Q	(UADRIL) - TRA	TA 1		1	
							CAO COM	IPLETA	١	2		2	
4- 18 6000080	)5	. D	IARIA DE	QUARTO COL	ETIVO I	DE 2 LEI	TOS COM	BANHI	EIRO PRIVATIV	0 2		2	
5-   _   _   _   _   _   _   _   _   _	_	_ 								 	_lll l	_  	
7-   _	_    _									_	 -	   _	
8-	_	<u> </u>								<u> </u> _	_		
9-   _   _   _   _   _   _   _   _   _	_lll	_ 								_	-   	_  	
11-		-    -								-	 _	   _	
12-	_	<u> </u>								l_	_	_	
Dados da autorização													
39 - Data provável da Adı	nissão hospitalar	40 - Qto	de Diárias Au <b>2</b>	torizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizad	a					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61  43 - Nome do Hospital / Loc ASSOCIACAO EVAN						NEFICE	NTE DE L	ONDRI	NA			44 - Código CNES <b>2550792</b>	
ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA   2550792   45 - Observação / Justificativa   Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 06/03/2023 / Empresa / Titular: THEREZA FALKOWSKI BERTOLDI													
46 - Data da Solicitação	47 -	Assinatura	do Profissio	nal Solicitante	48 - Assin	atura do B	eneficiário o	u Respoi	nsável 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização	



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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referen	ciada <b>90382554</b>	4 - Senha 90382554			5 - Data da Autorização <b>06/03/2023 15:25</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	882554			
Dados do Beneficiário		00002001				00/00/2020 10:20	333				
7 - Número da Carteira 0050000041043270		29 - Nome Social									
8 - Nome THEREZA FALKOWSK	BERTOLDI										
Dados do Profissional Solici	ante										
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone						11 - E-mail					
RAFAEL LEITE DE PIN	HO TAVARES										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do N 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricanto		16 - Opção 17 - Qtd		citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Au	torizado			
1- <b>74900889</b>			TALICA ZIMMER - 00-8753-052-01 - CUPULA				_  1				
		CIO DE IMPLANTESORTO		 							
2- 74898680 COMPONENTE FEMORAL P.			ARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-81			_ _ _ , _	_  1				
		CIO DE IMPLANTESORTO									
74004379 CABECAS FEMORAIS DE CE					<u>  1</u>		_  1	<u> </u>			
80044680330 4- 00 72397888	CIM		IO DE			_ _ _ _	2          ,				
10243070062	Cilvi		CIO DE IMPLANTESORTO	-			_  2   _ ,	<u> </u>			
5- 00737470	COI		PRESSURIZACAO 608.017.00001    1				_  1				
80693380005		ARTHROM COMER	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA   _								
6- 00 74327860	ACE	TABULO POLIETILENO			<u> </u>	,	_  2   _ ,				
80175510058		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTO	OPEDICOSLTDA							
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3:	878-1000 / Emitido em 06/	03/2023 / Empresa / Titular:	THEREZA FALKOWSKI BE	RTOLDI							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização					



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 90382554 90382554 06/03/2023 15:25 90382554 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000041043270 8 - Nome THEREZA FALKOWSKI BERTOLDI 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 INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO **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 73302295 HASTE CIMENTADA - 04.32.01.00024 - RESTRITOR PARA CIMENTO 24 10417940039 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA **ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8** 73984736 8- 00 80044680259 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |\_\_|\_,|\_\_| |\_\_|\_\_|, 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 06/03/2023 / Empresa / Titular: THEREZA FALKOWSKI BERTOLDI 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização