

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92747378

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da 0	Guia Atribuíd	o pela Opera	dora								
343269			92747378									
4 - Data da Autorização 5 - Senha <b>04/10/2023 10:51</b>			92747378 6 - Data de Validade da 03/			Senha /12/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			i i	idade da Carteira	1	9 -	Atendiment					
0050000055178610			01/02	2/2024			N	l				
50 - Nome Social												
10 - Nome												
Dados do Contratado S												
12 - Código na Operador		13	- Nome do Co	ontratado								
78.613.841/0001-61		AS	SOCIACA	O EVANGEL	ICA BE	NEFICE	NTE DE L	ONDR	INA			
14 - Nome do Profissional Solicitante  TOMAS SEIBEL						11 11			16 - Número do 0 <b>36495</b>	úmero do Conselho <b>5</b>		18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Lo	cal Solicitado /	Dados da Ir	nternação									
19 - Código na Operador	a / CNPJ	11		I / Local Solicitad						21 - Data	a sugerida p	ara Internação
78.613.841/0001-61		ASSO	CIACAO E	VANGELICA	BENEF	ICENTE	DE LON	DRINA	<b>L</b>	04/10/2	2023 10:5	1
22 - Caráter do Atendiment	11 .	e Internação C	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Q1	tde. Diárias <b>1</b>	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OF <b>S</b>	PME 27 -	Previsão de ı	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica ARTRODESE DE QUA			1									
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 relaciona <b>9</b>			oença relacionada)
Procedimentos ou Itens	S Assistenciais	Solicitados										
34 - Tabela   35 - Códi   1- 22   307240   2- 22   307311   3- 18   600008   4-	58 27 05	AI TE	ENOPLAST	TIA DE TENDA	AO EM C	DUTRAS DE 2 LEI	REGIOES	S M BANH	QUADRIL) - TR	ATA 1 VO 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar   40 - Qtde Diárias Autorizadas   41 - Tipo de Acomodação autorizada												
1 1												
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 04/10/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA  46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável 149 -												



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

· 11	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha	00747070	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		92747378		92747378	04/10/2023 10:51		92747378	
Dados do Beneficiário		[aa 11 a 11						
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000055178610								
8 - Nome								
ARIOVALDO RIBEIRO								
Dados do Profissional Solici								
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail			
TOMAS SEIBEL								
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica ARTRODESE DE QUADRIL ARTRODESE DE QUADRIL								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autorizada 20	0 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 73993514 COMPONENTES ACETABULARES (			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  1		_  1	,	
80044680286 ARTHROM COMERCIO DE 2- 00687022 PARAFUSO ACETABULAR 6,5X30M				_ _ _ _ _ - 		_  2		
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  <del> </del>		_  4	י	
			ALICA ZIMMER - 00-6200-048-20 - CUPULA			_  1		
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>	" - 	ı ·	I—I—I—I"—I—I	
			ARA QUADRIL NAO CIMENTADO ZIMMER -	1		1		
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		<b>-</b>		
5- <b>74003976</b>	CAE	BECAS FEMORAIS DE CE	RAMICA ZIMMER - 00-8775-028-02	<u> </u> 1	_ _ _ ,	_  1		
80044680330		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _			
6-   _					_   _ _ , _	_	_ _ , _	
	_ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _		
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 04/10/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização			