

### GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91070695

(Via HOSPITAL)

1 " 11	Número da Guia	a Atribuído	pela Operac	dora							
343269						910	70695				
4 - Data da Autorização				6 - Data de Valid	dade da Senha 16/07/20	23					
Dados do Beneficiário											
†	7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN										
0320000066895065			31/08	/2022		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome  KELI JULIANE DA CO	NCEICAO										
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		11	Nome do Co								
78.613.841/0001-61		ASS	OCIACA	O EVANGELI							
14 - Nome do Profissional So RAFAEL LEITE DE PII		ES			15 - 0 <b>06</b>	onselho Profiss	- 11	16 - Número do Co <b>23538</b>	11	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dad	dos da Inte	ernação								
19 - Código na Operadora / C	NPJ			I / Local Solicitad			DD11.4		1		ara Internação
78.613.841/0001-61				VANGELICA					<u> </u>	023 00:00	
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regime	e de Internação 1	25 - Qtde. Di	rias Solicitadas 2	26 - Prev	visão de uso de OP	ME   27 - Pr		so de Quimioterápico  N
28 - Indicação Clínica DOR INTENSA NO QUAD	D.I. 500115D5										
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID	10(2) (opci	onal) 31	- CID 10(3) (opc	cional) 32 -	CID 10(4) (opcid	onal) 3	33 - Indicação de A	cidente (acio		pença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Sol	icitados	,								
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.  1- 22 30724058 ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA 1 1  2- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 2 2											
3-											
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto <b>2</b>	orizadas 41	- Tipo de Acom	odação autoriza	da				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Au					CENTE DE I	LONDRII	NA		- 11	44 - Código CNES <b>2550792</b>	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 04/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS											
46 - Data da Solicitação	47 - A	ssinatura d	o Profission	al Solicitante	48 - Assinatura	do Beneficiário	ou Respon	sável 49 - Ass	inatura do R	esponsáve	l 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 atri	· · · · · ·			
343269		91070695			91070695	04/05/2023 16:30		91070695			
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0320000066895065											
8 - Nome											
KELI JULIANE DA CONCEICAO											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone						I - E-mail					
RAFAEL LEITE DE PIN	HO TAVARES										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A DOR INTENSA NO QUADE AUTORIZADO CONFORM	RIL ESQUERDO										
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricante	1	16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento						
1- <b>00 73984736</b>	erial 22 - Referência do material no fabricante  ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RES			ZIMMER - 00-8	1		1	,			
80044680259	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLIDA				 		-1	1-1-1-1-1/1-1-1			
74900889 CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-8753-052-01 - CUPULA				-01 - CUPULA	_  1		<u> </u>				
80044680269	0044680269 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				·    _						
3- <b>74898680</b>	74898680 COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-8			IMMER - 00-81	_  1	_ _ ,	_  1	,			
80044680261		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPED	ICOSLTDA		_ _ _					
4- 74004379	74004379 CABECAS FEMORAIS DE CERAMIC			32-02	_  1	,  ,	_  1	,			
80044680330		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPED	ICOSLTDA		_ _ _					
5- <b>72397888</b>	CIM	ENTO OSSEO PARA OR	TOPEDIA G1 VISCOSIDADE S	STANDARD - G	_  2	_ _ _ ,	_  2	_ _ _ ,			
10243070062		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPED	DICOSLTDA		_ _ _ _					
6- 00737470	COI	NJUNTO CIMENTACAO P	RESSURIZACAO 608.017.000	01	_  1	_ _ _ ,	_  1	,			
80693380005		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPED	OICOSLTDA							
24 - Especificação do Materia											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 04/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura de	Responsável pela Autorização					
20 Data da Collollação	Zi / Nosiliatara do Fil	ccc.oriai cononariio			20 , 1001111111111111111111111111111111						



Unimed A

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	- Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização 04/05/2023 16:30  6 - Número da Guia atribuído pela Ope		do pela Operadora 91070695				
Dados do Beneficiário		71070033		91070695	04/03/2023 10.30		31070033			
7 - Número da Carteira 0320000066895065	29 - Nome Socia	al								
8 - Nome KELI JULIANE DA CON	CEICAO									
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicita		10	11 - E-mail							
RAFAEL LEITE DE PINH	O TAVARES									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM AN DOR INTENSA NO QUADRI AUTORIZADO CONFORME	_ ESQUERDO									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do Ma 21 - Registro ANVISA do Materi		ncia do material no fabric	anta		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado			
7- <b>74327860 80175510058</b>	ACETABULO POL	22 - Referência do material no fabricante  ACETABULO POLIETILENO CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-20  ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			23 - № Autorização de Funcionamento     2					
8- 70701563 10417940023	SISTEMA TOTAL I	DE QUADRIL - 04.32.	01.00024 RESTRITOR PARA CIME PLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1	,			
9-						_	_ ,			
10-	- - - - - - - - - - - - - - - -	 				 -	_ ,			
11-		 			-	 _l	,			
12-					-	 _	,			
24 - Especificação do Material		IIIII		I—I—I—I—I—I						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 04/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitar	nte		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização					