

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90727834

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído nela (	)neradora							
343269	ramoro da Odia	7 tiribarao pola C	pporadora		907	27834				
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de V	/alidade da Senha						
04/04/2023 09	):41	907278	334	03/06/2	23					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 0050000001168528		t t	s - Validade da Carte 2 <b>3/03/2024</b>	eira	9 - Atendiment					
50 - Nome Social			23/03/2024		IN IN					
50 - Nome Social										
10 - Nome										
LUCIA BONAFINI										
Dados do Contratado Soli	citante									
12 - Código na Operadora		11	do Contratado				_			
78.613.841/0001-61		ASSOCI	ACAO EVANGE							
14 - Nome do Profissional Se		EC		11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do C 06 23538			11	17 - UF   <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local			ão.				3330		41	223270
19 - Código na Operadora /		-	ospital / Local Solicit	tado			1	21 - Data s	ugerida pa	ara Internação
78.613.841/0001-61	- 11		O EVANGELIC		NTE DE LON	DRINA	11	10/04/20		-
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação 24 - F	Regime de Internação	25 - Qtde. D	árias Solicitadas	26 - Previs	são de uso de OPM	E 27 - Pre	evisão de u	so de Quimioterápico
1	С		1		2		S			N
29 - CID 10 Principal (opcior	aal) 30 - CID 1	10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (d	opcional) 32	CID 10(4) (opcid	onal) 33	- Indicação de Aci	dente (acid	lente ou d	oença relacionada)
Procedimentos ou Itens A										
34 - Tabela   35 - Código   1- 22   30724058   2- 18   60000384   3- 18   60000805   4-		ARTROI DIARIA DIARIA	PLASTIA (QUAL DE ACOMPANH DE QUARTO CO	IANTE COM R OLETIVO DE 2	EFEICAO COI LEITOS COM	MPLETA  // BANHEII	RO PRIVATIVO	A 1 2		2 2
			2	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 04/04/2023 / Empresa / Titular: LUCIA BONAFINI  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 Referer	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atr	ibuído pela Operadora
343269		90727834		90727834	04/04/2023 09:41		90727834
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000001168528							
8 - Nome							
LUCIA BONAFINI							
Dados do Profissional Solic	itante						
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
RAFAEL LEITE DE PIN	IHO TAVARES						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no			rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autoriz	ada 20 - Valor Unitário Autorizado
1- <b>00 72466871</b>			MOBILITY - 110024464: REVESTIMENTO A			_  1	,
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.—.   _ _ _			1111/111
2- <b>00 72466723</b>	00 72466723 SISTEMA DE QUADRIL DUAL MOB		MOBILITY - XL-200150: SUPORTE DUAL M	<u> </u> 1	_ _ _ ,	_  1	,
80044680251		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _			
3- <b>75675579</b>			ER - 00-8018-032-01 CABECA FEMORAL VE	1	_ _ _ , _	_  1	_ _ _ , _
80175510035		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _		
4- <b>73997463</b>	HA	STES FEMORAIS NAO CIN	MENTADA - 00-7711-009-20	<u> </u>	_ ,	_  1	,
80044680304			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5- <b>00 00687022</b>	PA	RAFUSO ACETABULAR 6	•	2	,	_  2	,
80044680308			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
6- <b>00 72208724</b>	SIS		PARA SUBSTITUICAO TOTAL DE QUADRIL	1	,	_  1	,
80044680220		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
24 - Especificação do Material	I						
	378-1000 / Emitido em 04,	/04/2023 / Empresa / Titular: I	LUCIA BONAFINI	20. Assiratus d	s Dengagá val nels Autorização		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pi	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		