

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90894464

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núme	ero da Guia Atri	buído pela Opera	dora		9080	4464				
4 - Data da Autorização		5 - Senha	1	6 - Data de Valid	tada da Sanha	7	4404				
18/04/2023	15:34	5 - Senna	90894464	6 - Data de Valid	17/06/2023						
Dados do Beneficiário						_					
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN				
0050000059650276			20/10	)/2024		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome ANTONIO TREVISA	N SOU	ZA									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora <b>04.762.301/0001-03</b>	I		13 - Nome do Co		DE LONDRIN	A LTDA					
14 - Nome do Profissional					15 - Con <b>06</b>	15 - Conselho Profissional 16 - Número do <b>24650</b>			nselho	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Loc			da Internação							11	
19 - Código na Operadora				al / Local Solicitado	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
04.762.301/0001-03		но	SPITAL DO	ORACAO DE	LONDRINA L				18/04/2	2023 15:3	4
22 - Caráter do Atendiment	23 -	Tipo de Internaç	ção   24 - Regim	e de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OPN <b>S</b>	1E   27 -	Previsão de I	uso de Quimioterápico
29 - CID 10 Principal (opc	ŕ	30 - CID 10(2)		1 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CIE	0 10(4) (opcion	nal)	33 - Indicação de Ad	cidente (a	cidente ou c	oença relacionada)
34 - Tabela 35 - Códig			36 - Descrição						37	- Otde. Soli	c. 38 - Otde. Aut.
1- 22 3072405 2- 18 6000080 3-	8		ARTROPLA:	QUARTO COL	ETIVO DE 2 LE	ITOS COM	BANH	QUADRIL) - TRA			1 1
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adr	nissão ho	spitalar 40 -	Qtde Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de Acomoda	ção autorizad	la				
42 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03	/ CNPJ	autorizado		ospital / Local Auto		A LTDA					44 - Código CNES <b>2758083</b>
45 - Observação / Justificativa   Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 18/04/2023 / Empresa / Titular: ANTONIO TREVISAN SOUZA   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

· II	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		90894464			90894464	18/04/2023 15:34		90894464			
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000059650276		29 - Nome Social									
8 - Nome ANTONIO TREVISAN S	OUZA										
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone						11 - E-mail					
MAURICIO RODRIGUES	MIYASAKI										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica PACIENTE COM DOR INTE PACIENTE COM DOR INTE											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento						
1- 74900889	•			ZIMMER - 00-8753-052-01 - CUPULA			_  1				
80044680269					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						
2- 73983683 ACETABULO POLIETILENO IMPACT			MPACTADO NAO RESTRIT	TO ZIMMER - 00-8	1	_ _ _ ,	_  1	_ ,			
80044680259	44680259 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					_ _ _					
3- 74004379 CABECAS FEMORAIS DE CERAMIC					<u> </u>	,	_  1	,			
80044680330				PEDICOSLTDA	_ _						
4- 00 00506605				PLEX DOSE TOTAL 20ML LIQ. + 40G  _  2			_  2	,			
80005430445				IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA  _ _ _							
5- 00 71807047	HAS		ZIMMER - 00-7711-004-10 -				_  1	,			
80023450093		ARTHROW COWER	CIO DE IMPLANTESORTOP	EDICOSLIDA				_ _ _ , _			
6-   _      _ _ _  	-l			1 1 1 1 1			_l	:			
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	115-2000 / Emitido em 18/	04/2023 / Empresa / Titular:	ANTONIO TREVISAN SOUZA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização					