

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93854456

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  |           |                    |                 |                   |               |              |   |           |                       |                 |
|---|-----------|--------------------|-----------------|-------------------|---------------|--------------|---|-----------|-----------------------|-----------------|
| 343269 9385445  |           |                    |                 |                   |               | 1456         |   |           |                       |                 |
| 4 - Data da Autorização   | 5 - Senha |                    | 6 - Data de Val | idade da Senha    | 1             |              |   |           |                       |                 |
| 24/01/2024 18:  | :45       | 93854456           |                 | 24/03/2024        |               |              |   |           |                       |                 |
| Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira  8 - Validade da Carteira  9 - Atendimento de RN  |           |                    |                 |                   |               |              |   |           |                       |                 |
| 0050000000873791 09/10/2024   |           |                    |                 |                   | N             | uc mi        |   |           |                       |                 |
| 50 - Nome Social  |           |                    |                 |                   |               |              |   |           |                       |                 |
|   |           |                    |                 |                   |               |              |   |           |                       |                 |
| 10 - Nome   |           |                    |                 |                   |               |              |   |           |                       |                 |
| ARACY ESTELA DA SILVA   |           |                    |                 |                   |               |              |   |           |                       |                 |
| Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Operadora  13 - Nome do Contratado  |           |                    |                 |                   |               |              |   |           |                       |                 |
| 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA  |           |                    |                 |                   |               |              |   |           |                       |                 |
|   |           |                    |                 |                   |               |              |   |           |                       | 18 - Código CBO |
| MARCUS VINICIUS DANIELI   |           |                    |                 |                   | 06 18734      |              |   | 4         | 1                     | 225270          |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação  |           |                    |                 |                   |               |              |   |           |                       |                 |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação   |           |                    |                 |                   |               |              |   |           |                       |                 |
| 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 02/02/2024 00:00  22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de  |           |                    |                 |                   |               |              |   |           | uso de Quimioterápico |                 |
| 22 - Caráter do Atendimento   | C         | nação   24 - Regim | 1               | 25 - Qide. Diana: | S Solicitadas | 26 - Pievisa | S | 27 - Prev | risao de u            | N               |
| 28 - Indicação Clínica  |           |                    |                 |                   |               |              |   |           |                       |                 |
| 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 relacionada)   9  |           |                    |                 |                   |               |              |   |           |                       |                 |
| 4-  |           |                    |                 |                   |               |              |   |           |                       |                 |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 12   |           |                    |                 |                   |               |              |   |           |                       |                 |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES  |           |                    |                 |                   |               |              |   |           |                       |                 |
| 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792  |           |                    |                 |                   |               |              |   |           |                       | -               |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 24/01/2024 / Empresa / Titular: NELSON DA SILVA  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do 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 93854456 93854456 24/01/2024 18:45 93854456 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000000873791 8 - Nome **ARACY ESTELA DA SILVA** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **MARCUS VINICIUS DANIELI** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica TROCA DE HOSPITAL GUIA 93692458 - ATROSE DE JOELHO ESQ TROCA DE HOSPITAL GUIA 93692458 ATROSE DE JOELHO ESQ **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 76394239 SISTEMA DE JOELHO UNI KNEE OXFORD CIMENTADO - 166941 COMP 80044680227 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 76394476 SISTEMA DE JOELHO UNI KNEE OXFORD CIMENTADO - 159540 INSERT 80044680227 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 76394620 SISTEMA DE JOELHO UNI KNEE OXFORD CIMENTADO - 159531 COMP 3- 00 80044680227 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4- 00 72397950 CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C 10243070064 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 24/01/2024 / Empresa / Titular: NELSON DA SILVA 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização