

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92646942

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N 3 - N	úmero da Guia A	tribuído pela Oper	radora		92646942			
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valida	ade da Senha]	_		
25/09/2023 16:5	55	92646942	!	24/11/2023]			
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		18 - V	alidade da Carteira	1[9	· Atendimento de R	N T		
0050000001848910		11	10/2024		N			
50 - Nome Social								
[40. No. 10.								
10 - Nome GENTIL FALASCA								
Dados do Contratado Solicit 12 - Código na Operadora	ante	13 - Nome do (Contratado					
78.613.841/0001-61		11	AO EVANGELIO	CA BENEFICE	NTE DE LOND	RINA		
14 - Nome do Profissional Soli		<u>'</u>		i i	selho Profissional	16 - Número do C	11	18 - Código CBO
RAFAEL LEITE DE PIN				06		23538	41	225270
Dados do Hospital / Local S 19 - Código na Operadora / CN		-	ital / Local Solicitado				21 - Data sugerida	para Internação
78.613.841/0001-61	11		EVANGELICA B	BENEFICENTI	DE LONDRIN	A	Data dagonaa	ara memayae
1	23 - Tipo de Intern	nação 24 - Regi	me de Internação	25 - Qtde. Diária:	Solicitadas 26 -	Previsão de uso de OF	PME 27 - Previsão de	uso de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica	С		1	5		S		
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10((2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcio	onal) 32 - CIE	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	Acidente (acidente ou 9	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens Ass								
34 - Tabela 35 - Cédigo do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30724058 ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada								
Data provaver da Adrillissa	40	5	1 1	po de Acomoda	yao aalonzada			
42 - Código na Operadora / C 78.613.841/0001-61	NPJ autorizado	11	Hospital / Local Autor		NTE DE LOND	RINA		44 - Código CNES 2550792
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 25/09/2023 / Empresa / Titular: MARIA JOSE FALASCA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização								



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2 - Nº Guia no Prestador 92646942 MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed A

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 92646942	4 - Senha	92646942	5 - Data da Autorização 25/09/2023 16:55	6 - Número da Guia atribuído p	ela Operadora 92646942
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000001848910							
8 - Nome							
GENTIL FALASCA							
Dados do Profissional Solid	citante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
RAFAEL LEITE DE PIN	IHO TAVARES						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica EM ANEXO DOR INTENSA EM QUADI	RIL DIREITO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do l	Material 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtd	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate	erial	22 - Referência do mater	ial no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 73984736	AC	ETABULO POLIETILENO I	MPACTADO NAO RESTRITO ZIMM	ER - 00-8 1	,	_ 1	,
80044680259		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	LTDA _ _ _ _	_ _ _		
2- 77657489	HAS	STE CIMENTADA - 04.32.0	01.00021 / 09.32.01.00021 RESTRIT	OR PAR 1	,	_ 1	,
10417940039		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	LTDA _ _ _ _	_ _ _		
3- 74900889	CUI	PULA ACETABULAR MET	ALICA ZIMMER - 00-8753-052-01 -	CUPULA _ 1	,	_ 1	,
80044680269		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	LTDA _ _ _ _	_ _ _		
4- 74898680	CO	MPONENTE FEMORAL PA	ARA QUADRIL CIMENTADO ZIMME	R - 00-81 1	,	_ 1	,
80044680261		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS				
5- 74004379	CA	BECAS FEMORAIS DE CE	RAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02	1	_ _ _ ,	_ 1	,
80044680330		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	LTDA _ _ _ _			
6- 00 72397888	CIM	IENTO OSSEO PARA OR	TOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANI	DARD - G 2		_ 2	,
10243070062			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS				
24 - Especificação do Materia	I						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		09/2023 / Empresa / Titular: I	MARIA JOSE FALASCA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização		



Unimed A

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

· 11	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora
343269	92646942		92646942	25/09/2023 16:55	926469
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social				
0050000001848910					
8 - Nome	-				
GENTIL FALASCA					
Dados do Profissional Solicit	ante				
9 - Nome do profissional solicit	ante	10 - Telefone	11	1 - E-mail	
RAFAEL LEITE DE PINI	IO TAVARES				
Dados da cirurgia					
12 - Justificativa técnica EM ANEXO DOR INTENSA EM QUADR	L DIREITO				
OPME Solicitadas					
13 - Tabela 14 - Código do M					citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autoriza
21 - Registro ANVISA do Mater			23 - Nº Autorização	de Funcionamento	
7- 00737470 80693380005		PRESSURIZACAO 608.017.00001 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ ,	_ 1
8- 74327860		CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-20	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ 2
80175510058		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 	1 <u> </u> 	
9-	/	olo de ilini extre esser ol estadoe i de			
10-	<u> </u>			_	_
			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _
11-				_	
			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _
12-				_	
24 - Especificação do Material					
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	.78-1000 / Emitido em 25/09/2023 / Empresa / Titular:	MARIA JOSE FALASCA			
reieione contratado. (43)30	7.0 1000 / Emiliao em 20/08/2020 / Empresa / Hudi.	WIND TOOL I ALAGOA			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	
-				-	