



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

**89857127**

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>89857127</b>			
4 - Data da Autorização <b>17/01/2023 12:56</b>		5 - Senha <b>89857127</b>		6 - Data de Validade da Senha <b>24/03/2023</b>	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira <b>9750000010083793</b>		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN <b>N</b>	
10 - Nome <b>JOSE RODA</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora <b>78.613.841/0001-61</b>		13 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>TOMAS SEIBEL</b>			15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número do Conselho <b>36495</b>
			17 - UF <b>41</b>		18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ <b>78.613.841/0001-61</b>		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>			21 - Data sugerida para Internação <b>27/01/2023 00:00</b>
22 - Caráter de Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>2</b>	24 - Regime de internação <b>1</b>	25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
28 - Indicação Clínica PÃS OPERATÃRIO DE ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL COM INFECÃÃFO DE SÃTIO CIRÃRGICO E FRATIRA DE FÃSMUR PROXIMAL					
29-CID10 Principal (opcional)		30-CID10(2) (opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>2</b>
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela 1- <b>22</b> 2- <b>22</b> 3- <b>18</b> 4- <b>18</b> 5- <input type="checkbox"/> 6- <input type="checkbox"/> 7- <input type="checkbox"/> 8- <input type="checkbox"/> 9- <input type="checkbox"/> 10- <input type="checkbox"/> 11- <input type="checkbox"/> 12- <input type="checkbox"/>	35 - Código do Procedimento <b>30725151</b> <b>30710049</b> <b>60000384</b> <b>60000805</b>	36 - Descrição <b>PSEUDARTROSES E/OU OSTEOTOMIAS - TRATAMENTO CIRURGICO</b> <b>RETIRADA DE PROTESES DE SUBSTITUICAO DE PEQUENAS ARTICULACO</b> <b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b> <b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>		37 - Qtde. Solic. <b>1</b> <b>1</b> <b>1</b> <b>1</b>	38 - Qtde. Aut. <b>1</b> <b>1</b> <b>1</b> <b>1</b>
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>	41 - Tipo de acomodação autorizada <b>1</b>		
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>78.613.841/0001-61</b>		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>			44 - Código CNES <b>2550792</b>
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 03109655942 em 17/01/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AOS P ROCEDIMENTOS 30724058 ARTROPLASTIA + 30713048 ENXERTOS EM OUTRAS PSEUDARTROSES M.A CIENTE E DE ACORDO. REFEITO COMO COMPLEMEN TO NA GUIA 90129420 O PROCEDIMENTO CONFORME ACEITE DO MEDICO. ***** CODIGO GENÃ%RICO:7x PARAFUSO ACETABULAR (4x parafusos para cunha+3 x parafusos acetabulares) ANVISA: 80044680302 FORNECEDOR ARTHROM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA					
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2 - Nº Guia no Prestador

90129420

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação	4 - Data da Autorização <b>09/02/2023 15:45</b>
5 - Senha <b>90129420</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>90129420</b>	
Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira <b>9750000010083793</b>	8 - Nome <b>JOSE RODA</b>	
Dados do Contratado Solicitante		
9 - Código na Operadora <b>78.613.841/0001-61</b>	10 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	
11 - Nome do Profissional Solicitante <b>TOMAS SEIBEL</b>	12 - Conselho Profissional <b>06</b>	13 - Número do Conselho <b>36495</b>
	14 - UF <b>41</b>	15 - Código CBO <b>225270</b>
Dados da Internação		
16 - Qtde. diárias Adicionais Solicitadas <b>0</b>	17 - Tipo da acomodação solicitada <b>1</b>	
18 - Indicação Clínica PÃS OPERATÃRIO DE ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL COM INFECÃJO DE SÃTIO CIRÃRGICO E FRATIRA DE FÃŠMUR PROXIMAL		
Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados		
19 - Tabela 1- <b>22</b>	20 - Código do Procedimento <b>30724279</b>	21 - Descrição <b>REVISAO DE ARTROPLASTIAS DE QUADRIL COM RETIRADA DE COMPONE</b>
22 - Qtde. Solic. <b>1</b>	23 - Qtde. Aut. <b>1</b>	
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dados da autorização		
24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas <b>0</b>	25 - Tipo da Acomodação Autorizada <b>1</b>	
26 - Justificativa da operadora		
27 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: CUNICO_ANA em 09/02/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA		
28 - Data da Solicitação <input type="text"/>	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização



# ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº

89857127

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89857127</b>	4 - Senha <b>89857127</b>	5 - Data da Autorização <b>17/01/2023 12:56</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89857127</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>9750000010083793</b>	8 - Nome <b>JOSE RODA</b>
---	------------------------------

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>TOMAS SEIBEL</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

### 12 - Justificativa técnica

PÃ\*S OPERATÃ\*RIO DE ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL COM INFECAÃ\*ÃfO DE SÃ\*TIO CIRÃšRGICO E FRATIRA DE FÃŠMUR PROXIMAL.  
PÃ\*S OPERATÃ\*RIO DE ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL COM INFECAÃ\*ÃfO DE SÃ\*TIO CIRÃšRGICO E FRATIRA DE FÃŠMUR PROXIMAL  
AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AOS PROCEDIMENTOS 30724058 ARTROPLASTIA + 30713048 ENXERTOS EM OUTRAS PSEUDARTROSES M.A CIENTE E DE ACORDO. REFEITO COMO COMPLEMENT

## OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Item	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					
1- <b>74004018</b> <b>80044680330</b>	<b>CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-028-01</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
2- <b>00</b> <b>99999943</b>	<b>PARAFUSO ACETABULAR 65X20MM SELFTAPPIN ZIMMER IMPORTADO</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>	<input type="checkbox"/>	<b>7</b>	<input type="checkbox"/>	<b>7</b>	<input type="checkbox"/>
3- <b>73226513</b> <b>10223710073</b>	<b>FIO PARA SUTURA E SINTESE OSSEA - CABO PARA CERCLAGEM COM</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>	<input type="checkbox"/>	<b>4</b>	<input type="checkbox"/>	<b>4</b>	<input type="checkbox"/>
4- <b>77704142</b> <b>80044680289</b>	<b>COMPONENTE ACETABULAR METAL TRABECULAR EM TANTALO - ZIM</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>	<input type="checkbox"/>	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>
5- <b>00</b> <b>72397950</b> <b>10243070064</b>	<b>CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD CO</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>	<input type="checkbox"/>	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 24 - Especificação do material

## 25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 03109655942 em 17/01/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AOS P  
ROCEDIMENTOS 30724058 ARTROPLASTIA + 30713048 ENXERTOS EM OUTRAS PSEUDARTROSES M.A CIENTE E DE ACORDO. REFEITO COMO COMPLEMEN  
TO NA GUIA 90129420 O PROCEDIMENTO CONFORME ACEITE DO MEDICO. \*\*\*\*\* CODIGO GENÃ%RICO:7x PARAFUSO ACETABULAR (4x parafusos para cunha+3  
x parafusos acetabulares) ANVISA: 80044680302 FORNECEDOR ARTHROM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

26 - Data da Solicitação <input type="checkbox"/>	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---