



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **95863044**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95863044
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 19/07/2024 11:44	5 - Senha 95863044	6 - Data de Validade da Senha 22/09/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9750000017124789	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome RUTH KIIKO HAYASHI
--

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61	13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 23538	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 78.613.841/0001-61	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	21 - Data sugerida para Internação 20/08/2024 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica DORES NO QUADRIL

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
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30724058	ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA	1	1
2- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 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 19/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM ***** REFERENTE AOS MATERIAIS 1 KIT CAMPO DESCARTAVEL/ 2 OPSITES PAGOS EM CONTA HOSPITALAR / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA
--

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95863044	4 - Senha 95863044	5 - Data da Autorização 19/07/2024 11:44	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95863044
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 9750000017124789	29 - Nome Social
8 - Nome RUTH KIIKO HAYASHI	

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	
DORES NO QUADRIL	
DORES NO QUADRIL	
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM *****	REFERENTE AOS MATERIAIS 1 KIT CAMPO DESCARTAVEL/ 2 OPSITES PAGOS EM CONTA HOSPITALAR

OPME Solicitadas							
13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material	14 - Código do Material	15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 80044680220	72207655	SISTEMA NAO CIMENTADO PARA SUBSTITUICAO TOTAL DE QUADRIL ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1		_	1	_
2- 80044680251	72466901	SISTEMA DE QUADRIL DUAL MOBILITY - 110024462: REVESTIMENTO A ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1		_	1	_
3- 80044680220	72208619	SISTEMA NAO CIMENTADO PARA SUBSTITUICAO TOTAL DE QUADRIL ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 2		_	2	_
4- 80044680251	72466740	SISTEMA DE QUADRIL DUAL MOBILITY - XL-200146: SUPORTE DUAL M ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1		_	1	_
5- 80044680261	74898680	COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-81 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1		_	1	_
6- 00 10243070062	72397888	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 3		_	3	_

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 19/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM ***** REFERENTE AOS MATERIAIS 1 KIT CAMPO DESCARTAVEL/ 2 OPSITES PAGOS EM CONTA HOSPITALAR / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---



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

2 - Nº Guia no Prestador 95863044

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95863044	4 - Senha 95863044	5 - Data da Autorização 19/07/2024 11:44	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95863044
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9750000017124789	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome
RUTH KIIKO HAYASHI

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
DORES NO QUADRIL
DORES NO QUADRIL
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM ***** REFERENTE AOS MATERIAIS 1 KIT CAMPO DESCARTAVEL/ 2 OPSITES PAGOS EM CONTA HOSPITALAR

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				
7-	00737470	CONJUNTO CIMENTACAO PRESSURIZACAO 608.017.00001		1		1	
	80693380005	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
8-	74972146	CABECAS FEMORAIS METALICAS - 00-8018-028-03 - CABECA FEMORA		1		1	
	80044680328	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
9-							
10-							
11-							
12-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 19/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM ***** REFERENTE AOS MATERIAIS 1 KIT CAMPO DESCARTAVEL/ 2 OPSITES PAGOS EM CONTA HOSPITALAR / Emp
resa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---