

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94025839

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Gi	uia Atribuído	o pela Opera	adora			9402	5830				
4 - Data da Autorização	5 - Sen	ha		6 - Data de Vali	idade da S	Senha	3402	3033				
08/02/2024	17:33	9	4025839		20/	04/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 0320000056679424	7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN N											
50 - Nome Social												
10 - Nome ULIANA FERNANDA	A CRIVELLAF	RO CHAM	MAS CA	SSAR								
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61		11	Nome do C	ontratado AO EVANGEL	ICA BE	NEFICEN	NTE DE L	ONDRI	NΔ			
14 - Nome do Profissional	Solicitante		JOUINO	AO LVANGLE			elho Profissio		16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
MARCUS VINICIUS						06	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	- 11	18734	01.00.1.0	41	225270
Dados do Hospital / Loc	al Solicitado / D	ados da In	ternação					,				
19 - Código na Operadora	/ CNPJ	11	•	al / Local Solicitad		ICENTE	DE LONE	DINA				para Internação
78.613.841/0001-61	23 - Tipo de I					NEFICENTE DE LONDRINA  5 - Qtde. Diárias Solicitadas   26 - Previsão de uso			-ddOD	25/03/2024 00:00  e OPME   27 - Previsão de uso de Quimioterápico		
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de l		24 - Regin	ne de Internação <b>1</b>	25 - Q	3	Solicitadas	26 - Pie	S	IVIE   27 - I		N
28 - Indicação Clínica REVISAO DE ATROPLA	ASTIA POS INF	ECÇÃO .	JOELHO E	SQUERDO								
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												
34 - Tabela   35 - Códig   1- 22   3072603   2- 18   6000038   3- 18   6000055   4-	4	AF DI	ARIA DE A	STIA TOTAL D ACOMPANHAI APARTAMEN	NTE CO	M REFEI	CAO COM	IPLETA			- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.  1 1 3
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada												
3 12												
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA  44 - Código C 2550792							44 - Código CNES 2550792					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 08/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante   48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
46 - Data da Solicitação	4/ -	Assinatura	uo Profissio	riai Soiicitante	48 - ASSI	natura do B	eneiiciario o	u ĸespor	nsavei   49 - Ass	matura do	Responsav	ei peia Autorização 📑



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

Unimed #

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referen	ciada <b>94025839</b>	4 - Senha	5 - Data da Autorização 08/02/2024 17:33	6 - Número da Guia atribuío	do pela Operadora 94025839			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0320000056679424									
8 - Nome									
ULIANA FERNANDA C	RIVELLARO CHAMMA	AS CASSAR							
Dados do Profissional Solic	tante								
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail									
MARCUS VINICIUS DA	NIELI								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica REVISAO DE ATROPLAST REVISAO DE ATROPLAST AUTORIZADO CONFORMI	IA POS INFECÇÃO JOEI	ELHO ESQUERDO LHO ESQUERDO							
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 73991740	COI		PTION COM RESTRICAO - 00-5994-014-91	<u> </u>	_ _ ,	_  1	,		
80044680277			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
2- <b>74946994</b>	PL/		ENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5994-30-12 C	1	_ _ _ ,	_  1	,		
80044680317		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_				
3- <b>74896873</b>	COI	MPONENTE TIBIAL META	LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-010-11 C	2	,	_  2	,		
80044680257		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_				
4- 74897888	COI	MPONENTE TIBIAL META	LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-020-11 C	2	,	_  2	,		
80044680257		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
5- <b>74895893</b>	COI	MPONENTE TIBIAL META	LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-057-01 C	_        1	_ _ _ ,	_  1	,		
80044680257		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
6- <b>74896385</b>	COI	MPONENTE TIBIAL META	LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-003-26 C	2	_ _ _ ,	_  2	,		
80044680257		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _					
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3  26 - Data da Solicitação	378-1000 / Emitido em 08/		NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titul		A SOCIEDADE COOPERATIVA DE LA SOCIETA DE LA	DE MEDICOS			
20 - Data da Sulicitação	27 - Assinatura do Pr	unssiural sullcitante		20 - Assinatura do	Responsavei pela Autorização				



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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	ciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		94025839		94025839	08/02/2024 17:33		94025839
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0320000056679424							
8 - Nome							
ULIANA FERNANDA C	RIVELLARO CHAMMA	AS CASSAR					
Dados do Profissional Solic							
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
MARCUS VINICIUS DA	NIELI						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica REVISAO DE ATROPLAST REVISAO DE ATROPLAST AUTORIZADO CONFORMI	IA POS INFECÇÃO JOE	ELHO ESQUERDO LHO ESQUERDO					
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I	Material 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
7- 77120396	СО		RECOAT COM RESTRICAO - 00-5990-034-01	3		_  3	,
<b>80044680274</b> 8- <b>74950967</b>	DI A		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA ENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5994-30-20 C				
8- 74950967 80044680317	PL/	-				_  1	_ _ _ ,
80044680317 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDIO 9- 00						1 1	
81207919001	313		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1	
10- <b>00 72397950</b>	CIN		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	3		_  3	_ _ _ ,
10243070064	<b>U</b>		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		<u>  </u>	_1	I
11-						_	_ _ , _
	_,,,, _ _ _ _ _					_,	
12-					_   _ _ , _	_	_,
					_ _ _ _ _	_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		02/2024 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titula	r: UNIMED CURITIB.	A SOCIEDADE COOPERATIVA D	DE MEDICOS	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização		
					pola / latorizagao		