

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94736071

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3	- Número da G	— Guia Atribuído	pela Opera	dora								
343269												
4 - Data da Autorização	5 - Se		4700074	6 - Data de Vali		•						
11/04/2024 14	1:32	94	4736071		10/0	6/2024						
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira  8 - Validade da Carteira  9 - Atendimento de RN												
0050000002719161 31/05/2026							N N	uc mi				
50 - Nome Social												
10 - Nome												
EVANILDE ANA DE S	OUSA											
Dados do Contratado Soli	citante	1/42	Nome do Co	ntroto do								
12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19		ł ł		DA SANTA	CASA DI	E LOND	RINA					
14 - Nome do Profissional S	olicitante						elho Profissio	nal	16 - Número do	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
MAURICIO RODRIGU	ES MIYAS	AKI			(	06 24650				41	225270	
Dados do Hospital / Local	Solicitado / I	Dados da Int	ternação									
19 - Código na Operadora /	CNPJ	11	•	al / Local Solicitad						11		ara Internação
78.614.971/0001-19	11			SANTA CAS		-					2024 00:0	
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de	Internação	24 - Regim	e de Internação <b>1</b>	25 - Qtd	e. Diárias <b>3</b>	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de ·	OPME    27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico <b>N</b>
28 - Indicação Clínica	<u> </u>	•							IN			N
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 relaci							loença relacionada)					
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais S	Solicitados										
34 - Tabela         35 - Código           1- 22         30724058           2- 18         60000384           3- 18         60000805           4-   _   _   _   _   _             5-   _   _   _   _   _             6-   _   _   _   _   _             7-   _   _   _   _             8-   _   _   _   _             9-   _   _   _   _             10-   _   _   _		AR Di <i>l</i>	ARIA DE A	STIA (QUALQ ACOMPANHA QUARTO COI	NTE CON	I REFEI E 2 LEI	CAO COM TOS COM	PLETA BANH	A EIRO PRIVAT	RATA 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  3
11-	     	    									-II -   -	     
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admis	são hospitalai	40 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 41	I - Tipo de A	comodaç	ão autorizada	a				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.614.971/0001-19  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA  44 - Código CNES 2580055									-			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 11/04/2024 / Empresa / Titular: EVANILDE ANA DE SOUSA  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 MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referen	94736071	4 - Senha	94736071	5 - Data da Autorização 11/04/2024 14:32	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94736071					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000002719161											
8 - Nome											
EVANILDE ANA DE SOUSA											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicit	tante		10 - Telefone	11	- E-mail						
MAURICIO RODRIGUE	S MIYASAKI										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica DOR INTENSA NO QUADR DOR INTENSA NO QUADR											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição			. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento						
1- 74320467	COI		ARA QUADRIL NAO CIMENTADO ZIMMER -	1		_  1	,				
80175510040			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
2- <b>74004379</b>	CAI		RAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02	1		_  1	,				
80044680330			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_						
3- <b>74900994</b>	CUI		ALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPULA	<u> </u> 1		_  1	_ _ _ ,				
80044680269		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _						
4- <b>73987255</b>	ACE		IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8	1	,	_  1	_ _ _ ,				
80044680259			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _						
5- <b>00 74326546</b>	ACE		CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-30	2	,	_  2	_ _ _ ,				
80175510058		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_						
6-	_ _ _				_	_	,				
					_	_					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 11/04/2024 / Empresa / Titular: EVANILDE ANA DE SOUSA											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do Responsável pela Autorização							