

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94060950

(Via HOSPITAL)

343269 94060950 4 - Data da Autorização 14/02/2024 13:45 94060950 6 - Data de Validade da Senha 16/04/2024 Dados do Beneficiário										
14/02/2024 13:45 94060950 16/04/2024 Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 1510000029831216 N N										
50 - Nome Social										
10 - Nome JEFFERSON ADRIANO TOMADON FILHO										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora										
14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Códiq	јо СВО									
RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES 06 23538 41 225270										
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação										
19 - Código na Operadora / CNPJ	γaU									
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quim	ioterápico									
1 C 1 1 S										
28 - Indicação Clínica DORES EM QUADRIL, EVOLUINDO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL										
20. CID 40 Principal (ancional) 20. CID 40(2) (ancional) 24. CID 40(2) (ancional) 22. CID 40(4) (ancional) 23. Indicaçõe do Acidante (acidante ou decago rela	ionada)									
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 relative de la cidente ou doença relativ										
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados										
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Solic. 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Solic. 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Solic. 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Solic. 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Solic. 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Solic. 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Solic. 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Solic. 37 - Qtde. Solic. 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Solic. 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Solic. 37									
	<u>.</u>									
11-	. 									
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admissão hospitalar 1 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 na Operadora / CNPJ autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA										
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 14/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização										



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

	10.11/					15-5				
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		0.4000050	5 - Data da Autorização	6 - Numero da Guia	atribuído pela Operadora		
343269		94060950			94060950	14/02/2024 13:45		94060950		
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social										
1510000029831216										
8 - Nome										
JEFFERSON ADRIANO TOMADON FILHO										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone			10 - Telefone		1	1 - E-mail				
RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES										
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica EM ANEXO DORES EM QUADRIL, EVOLUINDO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição					itado 19 - Qtde. Auto	rizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 00660183 81130100011	CAI		CO AGRESSIVO 0 GRAU 5,5X19 CIO DE IMPLANTESORTOPEDIO	•-	_ 3		_ 3	,		
	TD			JUSLIDA						
2- 00 00241202 80371250020	IKC) 8,25X90MM PARTRO009 CIO DE IMPLANTESORTOPEDIO	-	_		_ 1	IIII ₂ III		
3- 00 72549890	ANI		JUGGERKNOTLESS - 916030: 1		_ _ _ _ _ _ _		2			
80044680279	ANG		CIO DE IMPLANTESORTOPEDIO		_		_ 4	IIII/III		
4- 00 00614262	PO!		QUENCIA IIIAD003FG206	JOOLIDA	1 1					
80082910131	FOI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDIO	I– AUT I2O°	_ '		_ 1	,		
5- 00 00612103	FOI	JIPO BOM INFUSAO ART		I			_ 1			
81130100006	Lui		CIO DE IMPLANTESORTOPEDIO	COSLTDA	_,		_1 '	1-1-1-1-171-1-1		
6- 00 00613282	OPS		DESIVA INCISIONAL 4989	1			1	_ ,		
80804050002				1-	_, _ _ _ _		-1 -	11117111		
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa	l									
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 14/02/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA										
OO Date to Oallate a	107 Audies 1 5	· Control Only in the			lloo Assissi	. December 1 and 1				
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante					28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização				