

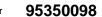
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95350098

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núm	ero da Guia Atri	buído pela Opera	dora		0535	0098				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid	lada da Canha	7	0090				
04/06/2024	16:01	5 - Serina	95350098	6 - Data de Valid	03/08/2024						
Dados do Beneficiário						_					
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN				
0050000001467169			15/01	/2026		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome MARLI DURAU IMN	IE										
Dados do Contratado S		e									
12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19	1		13 - Nome do Co		CASA DE LON	DRINA					
14 - Nome do Profissiona MAURICIO RODRIO					15 - Con 06	11 11 11			17 - UF 41	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Lo	cal Solic	itado / Dados	da Internação							1	
19 - Código na Operadora	a / CNPJ	20 -	Nome do Hospita	al / Local Solicitado)			11	21 - Data	a sugerida p	ara Internação
78.614.971/0001-19		IRI	MANDADE DA	SANTA CAS	A DE LONDRI	NA			24/06/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendiment	0 23	- Tipo de Interna	ção 24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPM S	1E 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica					1						
29 - CID 10 Principal (ope	ional)	30 - CID 10(2)	(opcional) 3	1 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CIE	10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de Ac	cidente (a	cidente ou c	oença relacionada)
										9	
Procedimentos ou Itens 34 - Tabela 35 - Códi		enciais Solicita ocedimento							37	- Otda Sali	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 3072402 2- 18 6000080 3-	58		ARTROPLAS	QUARTO COL	ETIVO DE 2 LE	ITOS COM	BANH		TA 1		1 1 1
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ad	nissão h	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Auto	orizadas 41 ·	- Tipo de Acomoda	çao autorizad	a				
42 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19	a / CNPJ	J autorizado		ospital / Local Auto	orizado CASA DE LON	DRINA					44 - Código CNES 2580055
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 04/06/2024 / Empresa / Titular: MARLI DURAU IMME 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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referer	ciada 95350098	4 - Senha	05350000	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
		95350098		95350098	04/06/2024 16:01	95350098		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000001467169								
8 - Nome								
MARLI DURAU IMME								
Dados do Profissional Solici								
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	I - E-mail			
MAURICIO RODRIGUE	S MIYASAKI							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica DOR NO QUADRIL DIREIT DOR NO QUADRIL DIREIT								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 71802398	AC		S ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO / CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	AC _ 2	_ ,	_ 2		
			ERAMICA ZIMMER - 00-8775-028-01	_ _ _ 1				
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1		
3- 74900994	CII		TALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPUL	.A 1		_ 1		
80044680269	00		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	-^ <u> </u>				
4- 73984736	AC		IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 0	D-8 1		1 1		
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	· · <u> </u>				
5- 00506605	CIN	IENTO OSSEO RADIOPA	CO SIMPLEX DOSE TOTAL 20ML LIQ. + 4	0G _ 1				
80005430445		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _			
6- 00 73999016	HA	STES FEMORAIS NAO CII	MENTADA - 00-7711-009-00	<u> _ </u> 1	,	_ 1 <u> , </u>		
80044680304		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	373-1500 / Emitido em 04/	06/2024 / Empresa / Titular:	MARLI DURAU IMME					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			