

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90411553

(Via HOSPITAL)

1 " 11	Número da Guia A	Atribuído pe	ela Operadora								
343269						90411	553				
4 - Data da Autorização 8/03/2023 13:58 5 - Senha 90411553 6 - Data de				Data de Validade d	da Senha 07/05/2023						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	e da Carteira	9	Atendimento d	le RN				
0050000055388550 01/02/2024				24		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome MARIA SIBILIN SALVADOR											
Dados do Contratado Solici	tante										
12 - Código na Operadora		11	ome do Contrat								
04.762.301/0001-03		HOSE	PITAL DO C	ORACAO DE							
14 - Nome do Profissional Solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI					15 - Conselho Profissional 16 - Número do 24650			Número do Co 50	onselho 1	- 11	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local S	iolicitado / Dado	s da Interr	nação								
19 - Código na Operadora / Cl	11		do Hospital / Lo		NDP.				1	-	a Internação
04.762.301/0001-03				ACAO DE LOI					17/03/202		
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inter	nação 2	24 - Regime de I	nternação 25	- Qtde. Diárias <b>1</b>	Solicitadas 2	26 - Previsão	de uso de OPN	ME   27 - Prev		o de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica dor no quadril esquerdo ex											
29 - CID 10 Principal (opciona	30 - CID 10	0(2) (opcion	nal) 31 - CI	ID 10(3) (opcional)	32 - CIE	10(4) (opciona	l) 33 - lı	ndicação de A	cidente (acide	nte ou do	ença relacionada)
Procedimentos ou Itens Ass	sistenciais Solic	itados									
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         60000805         DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO         1         1											
3-											
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissa	in hospitalar 14	U - Otdo Di	iárias Autorizad	tae A1 - Tino	de Acomodo	ção autorizada	7				
33 - Dala provaver da Admissa	รง กงรุกเลเสก   4	o - Qide Di	1	1 41 - 11po	ue Acomoda	yau auturizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 04.762.301/0001-03  43 - Nome do Hospital / Loca HOSPITAL DO CORA					A LTDA				- 11	4 - Código CNES 758083	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	315-2000 / Emi										DE LONDRINA



## Unimed A

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

					5 - Data da Autorização				
1 - Registro ANS			4 - Senha				Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		90411553		90411553	08/03/2023 13:58		90411553		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000055388550									
8 - Nome									
MARIA SIBILIN SALVA	DOR								
Dados do Profissional Solic	itante								
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail				
MAURICIO RODRIGUE	S MIYASAKI								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica									
dor no quadril esquerdo / ex dor no quadril esquerdo ex									
		3							
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M	Material 15 -	Descrição		16 - Opcão 17 - Otd	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Otde Autorizad	ła 20 - Valor I Initário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater	rial no fabricante		de Funcionamento	ilado 13 - Qide. Adionzae	a 20 Valor Officiallo Actorizado		
1- 00 74899910	CUF	ALICA ZIMMER - 00-8753-048-01 - CUPULA	_  1	,	_  1	,			
80044680269	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_ _ _				
2- <b>00 00687022</b>	PAF	RAFUSO ACETABULAR 6	,5X30MM 00-6250-065-30	2	,	_  2	,		
80044680308	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_ _ _				
	73993514 COMPONENTES ACETABULARES CERAMICOS - 00-8775-008-32				_ _ ,	_  1	,		
80044680286									
	74898370 COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-8					_  1	,		
80044680261	0.00		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
5- <b>00 72466618 80044680249</b>	CIM		JE - 00-1120-140-01: CIMENTO OSSEO HI-F CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  2		_  2	,		
6-		AKTHROW COMERC	SIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSETDA						
0-   _	 					_	- - -		
24 - Especificação do Material		IIIIII		<u> </u>		<b></b>			
24 Espesificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 08/03/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização				
20 - Dala da Sulidiação	21 - Assiriatura do Pit	onssional solicitante		20 - Assindiula u	o responsavel pela Autorização				