

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93566409

(Via HOSPITAL)

3.4. Special de Principal Special De Carriero de Principal Special Principal Special De Carriero de Principal Special Principal Special Principal Special Principal S	1 - Registro ANS 3	- Número da Gu	ia Atribuído	pela Opera	dora								
24/10/2003 97-43 93566409 24/02/2004	343269							93566	6409				
7- Normero de Carteria 9- Validade da Carteria 9- Asendimento de RN 9- Asendimento	1	11		3566409	6 - Data de Va								
So - Roma Social													
50 - Nome Social	7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carteir	а	9 -	Atendimento	de RN				
10 - Nome	9750000017120228 N												
EDSON JOSE PORCINELLI Dados do Contristado Solicitarios 13 - Nome do Contristado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 15 - Coraseño Profissional 15 - Nome do Contristado 16 - Nome do Profissional 15 - Nome do Profissional 16 - Nome do Profissional 16 - Nome do Profissional 17 - UP 18 - Codigo CDD 252370 22 - Nome do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 27 - Provisão da susperida para Internação 31/12/2023 00:00 3	50 - Nome Social												
13. Norme do Contributo ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 14. Norme do Professional Sulicitarios 15. Conseilho Professional 16. Norme do Professional 16. Norme do Professional 17. UF 18. Código CBO 25. Corporador / CNP2 20. Norme do Hospital / Local Solicitado / Dados da Informação 15. Conseilho Professional 16. Norme do Hospital / Local Solicitado / Dados do Informação 15. Conseilho Professional 17. UF 18. Código CBO 15. Conseilho Professional 16. Norme do Hospital / Local Solicitado / Dados da Informação 15. Conseilho Professional 17. UF 18. Código CBO 15. Conseilho Professional 18. UF 18. UF 18. UF 18. UF 15. Conseilho Professional 18. UF 18. UF 18. UF 18. UF 18. UF 15. Conseilho Professional 18. UF 18. UF 18. UF 18. UF 18. UF 18. UF 15. Conseilho Professional 18. UF 15. Conseilho Professional 18. UF													
RASOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 16 - Okraselho Professional Solicitante 16 - Okraselho Professional Solicitante 17 - UF 18 - Códago CBD 19 - Okraselho Professional Solicitado / Diados de Internação 20 - Okraselho Professional Solicitado / Diados de Internação 21 - Data sugerida para Internação 21 - Data sugerida para Internação 23 - Topo de Internação 23 - Topo de Internação 23 - Topo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Otdo, Diados Solicitados 27 - Previsão de uso de O'ME 28 - Previsão de uso de O'ME 27 - Previsão de uso de O'ME 28 - Previsão de uso de O'ME 27 - Previsão de uso de O'ME 28 - Previsão de uso de O'ME 27 - Previsão de uso de O'ME 27 - Previsão de uso de O'ME 28 - Previsão d	Dados do Contratado So	licitante											
15 - Corrective Professional Solicitante 15 - Corrective Professional 16 - Número do Conseillo 17 - UF 18 - Código CBD 225270 225270 225270 236495 241 225270 236495 241 225270 236495 241 23223 23223 24 - Regime de Internação 25 - Cido Diaria Solicitados 26 - Codigo na Operationa / CNPJ 27 - Previsão de uso de CUMORINA 21 - Operator na Internação 27 - Operator na Internação 28 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OUMORINA 27 - Previsão de uso de OUMORINA 28 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OUMORINA 28 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OUMORINA 28 - Indicação Cinica ANTROSE DE QUADRIL 28 - Operator na Internação 38 - Obscrição 38 -	12 - Código na Operadora		13 -	Nome do Co	ontratado								
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado / R. 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado / R. 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado / R. 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado / R. 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado / R. 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado / R. 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado / R. 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado / R. 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado / R. 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado / R. 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado / R. 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado / R. 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado / R. 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado / R. 20 - Nome do Hospital / R. 20 - Nome do Hospital / R. 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado /	78.613.841/0001-61		ASS	SOCIACA	O EVANGEI	LICA BE	NEFICE	NTE DE LO	ONDRII	NA			
39 - Norme de Heappilar / Local Selicitades ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 21 - Deba sugerida para interração 31/12/2023 00:00 31/12/2023 00	1	Solicitante					11 11						
28-613.841/0001-61	Dados do Hospital / Loca	I Solicitado / Da	ados da Int	ernação									
23 - Cardiere do Atendemento 1 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 1 1 1 25 - Quide, Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OPME 28 - Indicação Clínica ARTROSE DE QUADRIL. 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação du Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Quide, Solic. 38 - Oute, Aut. 1-22 30724058 ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	19 - Código na Operadora	CNPJ	20 - Nome	e do Hospita	I / Local Solicita	ıdo					21 - Data	a sugerida p	ara Internação
1	78.613.841/0001-61		ASSOC	IACAO E	VANGELICA	BENEF	ICENTE	DE LOND	RINA		31/12/2	2023 00:0	0
23 - 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	t	11	nternação	24 - Regim	•	25 - Qt		Solicitadas	26 - Prev		ME 27 - I	Previsão de	
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			<u>'</u>										
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1 22 30724058 ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1													
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30731127 TENOPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA 1 1 1 1 1 1 1 1 1	29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)			onal) 3	al) 31 - CID 10(3) (opcional) 3			2 - CID 10(4) (opcional)		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		loença relacionada)	
1- 22 30724058 ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA 1 1 2- 22 30731127 TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES 1 1 3- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 5-	Procedimentos ou Itens	Assistenciais So	olicitados										
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	1- 22 30724055 2- 22 30731127 3- 18 60000805 4-	,	AR TE	TROPLAS NOPLAST ARIA DE	TIA DE TEND QUARTO CO	AO EM C	DUTRAS DE 2 LEI	REGIOES TOS COM	BANHE	EIRO PRIVATIV	ATA 1	- Qtde. Soli	1
1 1 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 45 - Observação / Justificativa 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 21/12/2023 /****** REFERENTE AO MATERIAL PROTEÇÃO INDIVIDUAL - METERIAIS INCLUSOS EM TAXA. *******													
78.613.841/0001-61ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA255079245 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 21/12/2023 /****** REFERENTE AO MATERIAL PROTEÇÃO INDIVIDUAL - METERIAIS INCLUSOS EM TAXA. ******	39 - Data provável da Admi	ssão hospitalar	40 - Qtde		11		Acomodaç	ão autorizada	a				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 21/12/2023 /****** REFERENTE AO MATERIAL PROTEÇÃO INDIVIDUAL - METERIAIS INCLUSOS EM TAXA. ******						NEFICE	NTE DE LO	 Ondrii	NA			-	
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	3 - Número da Guia Referenciada	1 1	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		93566409		93566409	21/12/2023 07:43		93566409			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira	29 -	- Nome Social								
9750000017120228										
8 - Nome										
EDSON JOSE PORCINELLI										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail										
TOMAS SEIBEL										
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica ARTROSE DE QUADRIL ARTROSE DE QUADRIL ARTROSE DE QUADRIL ******** REFERENTE AO MATERIAL PROTEÇÃO INDIVIDUAL - METERIAIS INCLUSOS EM TAXA. ******* *****************************										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M		rição			. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do materi		23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
1- 74326546	ACETA		CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-30	<u>2</u>		_ 2	,			
80175510058			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
2- 73993514	COMPO		ARES CERAMICOS - 00-8775-008-32	1		_ 1	,			
80044680286			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
3- 73997463	HASTES		IENTADA - 00-7711-009-20	1		_ 1	,			
80044680304			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
4- 74004093	CABECA		RAMICA ZIMMER - 00-8775-032-01	1		_ 1	,			
80044680330			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
5- 00 74899910	CUPULA		ALICA ZIMMER - 00-8753-048-01 - CUPULA	1		_ 1	,			
80044680269		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
6-	_				_	_	,			
24 Fanasifianaão de Material				<u> </u>		<u>- </u>				
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 21/12/2023 /***** REFERENTE AO MATERIAL PROTEÇÃO INDIVIDUAL - METERIAIS INCLUSOS EM TAXA. ****** / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissio	onal Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					