

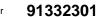
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91332301

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia | Atribuído pela Oper | adora | | |] | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|---|-----------------------------|--|--|--|
| 343269 | | | | 91332301 | | | | | | |
| 4 - Data da Autorização 5 - Senha 26/05/2023 06:05 | 91332301 | 6 - Data de Validade | e da Senha 25/07/2023 | | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | · · | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | 11 | alidade da Carteira | 9 - / | Atendimento de RN | | | | | | |
| 0050000040611240 | 31/1 | 2/2023 | | N | | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome BRUNO MARGONAR | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora | 13 - Nome do 0 | | DENIEE/051 | TE DE 1 011DE | | | | | | |
| 78.613.841/0001-61 | ASSOCIAC | AO EVANGELICA | | | | | 2 2/ 11 200 | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES | | | 15 - Conse | elho Profissional | 16 - Número do C 23538 | 11 11 | 8 - Código CBO 225270 | | | |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dado | - | | | | | | | | | |
| 1 - 1 | · · | tal / Local Solicitado EVANGELICA BE | NEELCENTE | DE I ONDRINA | | 21 - Data sugerida par | a Internação | | | |
| | | | | | revisão de uso de OP | ME 27 - Previsão de uso | de Ouimieterénies | | | |
| 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Inte | mação 24 - Regii | me de Internação 2 | 25 - Qtde. Diárias : | Solicitadas 26 - Pi | S | INE 27 - Previsão de uso | o de Quimioterapico | | | |
| 28 - Indicação Clínica IMPACTO FEMOROACETABULAR | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 41199 | | 31 - CID 10(3) (opciona | al) 32 - CID ² | 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Ind | | cação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 | | | | |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solid | itados | | | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento | SINOVECT CONDROP DIARIA DE ALUGUELT | ONTO DO IMPACTO OMIA PARCIAL E/ LASTIA COM SUTI QUARTO COLETI TAXA DE APARELI CISE PELICULA AI | OU REMOCA URA LABRAL IVO DE 2 LEI HO / EQUIPAI | O DE CORPOS PROCEDIME TOS COM BANH MENTO PARA A | LIVRES - PROC NTO VIDEOART HEIRO PRIVATIV | EDI 1 RO 1 /O 2 | 38 - Qtde. Aut. 1 1 2 1 | | | |
| | 10 - Qtde Diárias Au | ıtorizadas 41 - Tip | oo de Acomodaç | ão autorizada | | | | | | |
| | 2 | 1 | | | | | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61 | 11 | Hospital / Local Autoriza | | ITE DE LONDR | RINA | 11 | 4 - Código CNES 550792 | | | |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 26/05/2023 /****01 equipo 10k + 01 opsite materiais pagos em conta hospitalar*********** / Empresa / Titular: AMCOR FLEXIBLES BRASIL LTDA 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 #

| " | 11 | | 4 - Senha | 11 | | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora | |
|--|-----------------------------------|--|--|------------------------------|--|---|--------------------------------|
| 343269 | | 91332301 | | 91332301 | 26/05/2023 06:05 | | 91332301 |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | | |
| 0050000040611240 | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | |
| BRUNO MARGONAR | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solicit | ante | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicitante | | | 10 - Telefone | 11 | - E-mail | | |
| RAFAEL LEITE DE PINI | HO TAVARES | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica em anexo IMPACTO FEMOROACETAI ****01 equipo 10k + 01 opsit | | nta hospitalar********** | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do M | | Descrição | | | . Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | itado 19 - Qtde. Autorizada 2 | 20 - Valor Unitário Autorizado |
| 21 - Registro ANVISA do Mater | | 22 - Referência do mater | | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento | | |
| 1- 00 | LAI | LAMINA SHAVER BROCA REDONDA PARTES OSSEAS 5,5X190MM BR 5 | | _ 2 | _ _ _ , | _ 2 | _ , |
| 2- 00 00612103 | EOI | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | _ _ _ _ _ _ 1 | _ | 1 1 | |
| 81130100006 | EQUIPO BOM INFUSAO ARTROBOMBA AEQ | | | | | _ 1 | _ _ , _ |
| 3- 00 00241202 | TD | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSI TROCATER ARTROSCOPICO 8,25X90MM PARTRO009 | | | | 1 1 | |
| 80371250020 | IK | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | _ 1 | , |
| 4- 00 71502661 | ANI | | ERKNOTTM - 912068 ANCORA FLEXIVEL J | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | 2 | , |
| 80044680086 | All | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ | : : : : : : - | _ _ | |
| 5- 00 | POI | NTEIRA PARA RADIOFRE | | | | 1 | _ , |
| 80082910131 | . 0. | _ | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | <u> </u> | <u> </u> | _ ' | I : |
| 6- 00 75043114 | SU ⁻ | | ADA UHMWPE COM AGULHA - 0234151-09 | _ 2 | | _ 2 | _ , |
| 80083650067 | | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | ı—-ı | | - i - | 1-1-1-171-1-1 |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa | | | | | | | |
| , , | | | + 01 opsite materiais pagos em conta hospitalar***** | | | SIL LTDA | |
| 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | | | 28 - Assinatura do | Responsável pela Autorização | | | |