

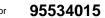
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95534015

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia At	ibuído pela Operadora							
343269		95534015	5					
4 - Data da Autorização 5 - Senha 20/06/2024 10:39	95534015 6 - Data de Validade	da Senha 25/08/2024						
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de R	N					
032000072013389		N						
50 - Nome Social								
10 - Nome MONICA SELVATICI								
Dados do Contratado Solicitante								
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado							
78.613.841/0001-61	ASSOCIACAO EVANGELICA	BENEFICENTE DE LOND	RINA					
14 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES		15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Co 23538	onselho 17 - UF 18 - Código CBO 41 225270				
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados	da Internação							
1 ' '	- Nome do Hospital / Local Solicitado			21 - Data sugerida para Internação				
78.613.841/0001-61	SSOCIACAO EVANGELICA BEI	NEFICENTE DE LONDRIN	Α	02/07/2024 00:00				
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Interna C	ação 24 - Regime de Internação 25	5 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 -	Previsão de uso de OPI S	ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N				
28 - Indicação Clínica DORES NO QUADRIL								
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2	2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	cidente (acidente ou doença relacionada)				
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicita	ados							
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento	36 - Descrição			37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.				
1- 22 30738040	TRATAMENTO DO IMPACTO I							
2- 22 30738059 3- 18 60000554	CONDROPLASTIA COM SUTU DIARIA DE APARTAMENTO S		ENTO VIDEOARTI	RO 1 1				
4- 18 60024151	ALUGUELTAXA DE APARELH		ARTROSCOPIA F	•				
5- 00 00613282	OPSITE INCISE PELICULA AD	ESIVA INCISIONAL 4989		1 1				
6-				_ _				
7-				_ _				
9-								
10-								
11-				_ _				
Dados da autorização								
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40	- Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipe	o de Acomodação autorizada						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizad	do		44 - Código CNES				
78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792								
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 20/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. TAXA DE APARELHO EQUIPAMENTO PARA ARTR OSCOPIA JUSTIFICAR EM CONTA HOSPITALAR / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS								
46 - Data da Solicitação 47 - Assin	atura do Profissional Solicitante 48 - A	Assinatura do Beneficiário ou Res	sponsável 49 - Ass	inatura 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 Referenc	piada 95534015	4 - Senha	95534015	5 - Data da Autorização 20/06/2024 10:39	6 - Número da Guia atribuí	do pela Operadora 95534015
		33334013		93334013	20/00/2024 10.33		93334013
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0320000072013389							
8 - Nome							
MONICA SELVATICI							
Dados do Profissional Solic	itante						
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefon			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
RAFAEL LEITE DE PIN	IHO TAVARES						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica DORES NO QUADRIL DORES NO QUADRIL AUTORIZADO CONFORM	E UNIMED DE ORIGEM. TA	AXA DE APARELHO EQUIF	PAMENTO PARA ARTROSCOPIA JUSTIFICAR E	M CONTA HOSPITALA	R		
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00660183		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
81130100011	CAN		CO AGRESSIVO 0 GRAU 5,5X190MM 11-05- CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 3 	- -	_ 3	,
2- 00 00612103	EQL	JIPO BOM INFUSAO ART			 	1	
81130100006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ı ·	1-1-1-1-171-1-1
3- 00614262	PON	ITEIRA PARA RADIOFRE	QUENCIA IIIAD003FG206			_ 1	,
80082910131		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _		_ .	
4- 72549890	ANC	ORAS JUGGERKNOT E	JUGGERKNOTLESS - 916030: 1.45 MM JUG	2	_ _ _ , _	_ 2	,
80044680279		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5- _	_ _ _			.	_ _ _ , _	_	,
_ _	_ _ _ _		_		_ _ _ _	_ _	
6- _	_ _ _				_	_	_ ,
24 - Especificação do Materia							
NIMED CURITIBA SOCIED	378-1000 / Emitido em 20/0 ADE COOPERATIVA DE M	MEDICOS	NFORME UNIMED DE ORIGEM. TAXA DE APAR			CAR EM CONTA HOSPITA	ALAR / Empresa / Titular: U
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização		