

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94582045

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Númer	ro da Guia Al	tribuído pela O	peradora								
343269						82045						
4 - Data da Autorização 28/03/2024	11	5 - Senha	945820	11	Validade da <b>27</b>	Senha /05/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			t t	- Validade da Ca	rteira	9 -	Atendiment					
0050000039983571			3	1/05/2026			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome ELY MORITZ												
Dados do Contratado	Solicitante											
12 - Código na Operado			11	do Contratado								
78.613.841/0001-61			ASSOCIA	ACAO EVANO	SELICA BE						11	
14 - Nome do Profission  RAFAEL LEITE DE			6			15 - Conselho Profissional 16 - Número 23538			16 - Número do C 23538	onselho	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Lo	cal Solicita	ado / Dados	s da Internaçã	io								
19 - Código na Operado <b>78.613.841/0001-6</b>		- 11		ospital / Local Sol		EICENTE	DELON	DDINA		21 - Dat	a sugerida p	ara Internação
22 - Caráter do Atendimer		Tipo de Intern		egime de Internaç		Qtde. Diárias			evisão de uso de OF	ME 1 27	Drovicão do	uso de Quimioterápico
1	110 23-1	C C	1aça0   24 - K	1	a0 25-0	3	Solicitadas	20 - FI	S	TIVIE   27 -	Flevisao de i	uso de Quimioterapico
28 - Indicação Clínica PACIENTE COM DOR	ES EM QU	UADRIL										
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(	(2) (opcional)	31 - CID 10(3)	) (opcional)	32 - CID	10(4) (opcio	onal)	33 - Indicação de A	Acidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
M199					9							
Procedimentos ou Iten 34 - Tabela 35 - Cód			ados 36 - Descri	icão						37	' - Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307240		cumento		•	LQUER TE	ECNICA C	U VERSA	O DE	QUADRIL) - TR		Gide. Con	1
2- 18 600003				DE ACOMPAN						1		1
3- <b>18                                   </b>	805 	1.1.1	DIARIA	DE QUARTO	COLETIVO	DE 2 LEI	IOS CON	IBANH	IEIRO PRIVATI	/O 3	1 1 1	3
5-										i	_   _	 
6-	_ _ _									L	_	_
7-	_ _ _	_ _ _									_	
8-          .   9-	 	 									_lll ll	_  
10-	 	— — —  — — —									_   _	   _
11-	_i_i_i_i									i_	_ii_	iii
12-	_	_ _ _									_	
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar   40 - Qtde Diárias Autorizadas   41 - Tipo de Acomodação autorizada												
39 - Data provavel da Admissao nospitalar 40 - Qtoe Dianas Autorizadas 1 1 - Tipo de Acomodação autorizada 1												
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA  44 - Código CNES 2550792												
45 - Observação / Justifi		1006 / 5		10004	10.1				, , , , ,			. \ +++++++
Telefone Contratado: do seringa de 60ml pa											orocedimen	to ) ****** Autoriza
46 - Data da Solicitação		1 47 - Δeeir	natura do Profi	ssional Solicitante	48 - Δες	inatura do F	Seneficiário (	ou Reen	onsável 1/40 - Aso	sinatura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia a	atribuído pela Operadora
343269		94582045		28/03/2024 16:40		94582045	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000039983571							
8 - Nome							
ELY MORITZ							
Dados do Profissional Solid				1,-			
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
RAFAEL LEITE DE PIN	NHO TAVARES						
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica							
PACIENTE COM DORES I PACIENTE COM DORES I referente ao kti de lavagem	EM QUADRIL	padronziado para esse proce	edimento ) ****** Autorizado seringa de 60ml para	pagamento em conta *	****		
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição	rial and fall rianges		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autor	izada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mat 1- <b>00 00613282</b>		22 - Referência do mate	DESIVA INCISIONAL 4989	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_  2	,
80804050002	OI v	SITE INCIDE I ELICOLA A	DEGIVA INCIGIONAL 4303	2	-	_l <del>_</del>	-
2- <b>74900994</b>	CUI	PULA ACETABULAR MET	ALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPULA			1	_ _ , _
80044680269			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-ı ·	111711
3- <b>74004018</b>	CAI	BECAS FEMORAIS DE CE	ERAMICA ZIMMER - 00-8775-028-01	1		l 1	
80044680330		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 			
4- <b>71802398</b>	ACI	ETABULOS CIMENTADOS	S ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO AC	2		_  2	_ _ _ , _
80023450092		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5- <b>73983683</b>	ACI	ETABULO POLIETILENO	IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8	1	,	_  1	,
80044680259		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _		
6- <b>00614327</b>	CO	NJUNTO CIMENTACAO P	RESSURIZACAO 805002	_  1	,	_  1	,
10395270061		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
24 - Especificação do Materia	ı						
			lavagem (nao esta lançado - não é padronziado pa	ara esse procedimento)	****** Autorizado seringa de 60m	I para pagamento en	n conta ****** / Empresa / Titular:
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização		
20 Zaid da Collollação	1 27 7 100 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11	onesis ai conordino		1 20 7.00			



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

Dudos do Demotración   22 - Norra Social   23 - Norra Social   23 - Norra Social   23 - Norra Social   23 - Norra Social   24 - Norra Social   25 - Norra Social   2	· 11	- Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
7- Nimero da Carterina  9- Nome Sociolados 2015  9- Nome Sociolados de Professional Solicitante  9- Nome da portissional Solicitante  9- Nome da portissional Solicitante  9- Nome da portissional Solicitante  PACEL ETE DE PINHO TAVARES  Dudos da Carterina Carterina  10- Telefone  11- E-mail  RAFAEL LETTE DON DORES MOULDRIL  PACIENTE COM DORES MOULDRIL  Referente ao let de lavagem (nao esta lançado - não é padronziado para esse procedimento ) ***** Autorizado seringa de 50mi para pagamento em conta *****  OPME Solicitadas  13- Tobes 1-4- Cécligo do Material  13- Tobes 1-4- Cécligo do Material  13- Tobes 1-4- Cécligo do Material  14- ARTE CIMENTAD A - 43-20,1 00024 - RESTRITOR PARA CIMENTO 2-  ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTO PEDICOSLITOA  AR	343269		94582045		28/03/2024 16:40 945820						
3 - Norm											
8 - Nome Substantal Substantal 9 - Nome Approfessional Substantal 10 - Telefone    To - Telefone	7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
ELY MORITZ  Dados do Profissionale Solicitante  17 - Felefone  18 - Felefone  19 - Felefone  10 - Felefone  11 - Fermal  12 - Authorization  13 - Felefone  14 - Coding dom Malerial  13 - Tablella 14 - Coding dom Malerial  14 - Coding dom Malerial  15 - Descrição  15 - Descrição  16 - Opção 17 - Cide. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Dide. Autorizados 20 - Valor Unitário Autorizados  23 - No Autorização de Funcionamento  23 - No Autorização de Funcionamento  10 - Opção 17 - Cide. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitados 19 - Dide. Autorizados 20 - Valor Unitário Autorizados  23 - No Autorização de Funcionamento  10 - Opção 17 - Cide. Solicitadas 18 - Valor Unitário Solicitados 19 - Dide. Autorizados 20 - Valor Unitário Autorizados  23 - No Autorização de Funcionamento  10 - Opção 17	0050000039983571										
Dados da Profresional Solicitaria 9 - Nome do profresional Solicitaria RAFAEL LETE DE PINHO TAVARES  Dados da circurgia 11 - E-mail  RAFAEL LETE DE PINHO TAVARES  Dados da circurgia PACIENTE COM DORES DA GUADRII, referente ao kii de lavagem (nao esta lançado - não é padronziado para esse procedimento ) ****** Autorizado seringa de 80ml para pagamento em conta ******  OPME Solicitarias 13 - Tavelas 14 - Cufigo da Material 13 - Tavelas 14 - Cufigo da Material 13 - Tavelas 14 - Cufigo da Material 14 - Registro ANNAS do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Guis Solicitaria 18 - Vator Unitário Solicitado 19 - Quide Autorizado 20 - Vator Unitário Autorizado 27 - Registro ANNAS do Material 28 - Registro ANNAS do Material 29 - Nº Autorização de Funcioramento 30 - Nº Autorização de Funcioramento 31 - Descrição 32 - Nº Autorização de Funcioramento 33 - Nº Autorização de Funcioramento 34 - La Funcioramento 35 - Nº Autorização de Funcioramento 36 - Nº Autorização de Funcioramento 37 - Autorização de Funcioramento 38 - Nº Autorização de Funcioramento 39 - Nº Autorização de Funcioramento 30 - Nº Autorização de Funcioramento 31 - La Funcioramento 32 - Nº Autorização de Funcioramento 34 - La Funcioramento 35 - Nº Autorização de Funcioramento 36 - Nº Autorização de Funcioramento 37 - Nº Autorização de Funcioramento 38 - Nº Autorização de Funcioramento 39 - Nº Autorização de Funcioramento 30 - Nº Autorização	8 - Nome										
9- Norme op professional socializations (extension page of pag	ELY MORITZ										
Dados do cirurgia  FACIENTE COM DORES EM QUADRIL PACIENTE COM DORES EM QUADRIL PACIENTE COM DORES EM QUADRIL PACIENTE COM DORES EM QUADRIL PER Solicitadas  15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-81 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA  4 - 73302295 4 - ASTE CIMENTADA - 04.32 01.00024 - RESTRITOR PARA CIMENTO 24 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA  24 - Especificação do Material  25 - Observação / Justificiativa  26 - Observação / Justificiativa  27 - Emplero ANTIGOR DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA  28 - Observação / Justificiativa  29 - Observação / Justificiativa  20 - Observação / Justificiat	Dados do Profissional Solicitante										
Dados da cirurgia 12- Justificativa técnica PACIENTE COM DORES EM QUADRIL 15- Descrição 15- Descrição 16- Oção 17- Otre- Solicitada 18- Valor Unidáro Solicitado 19- Olde, Autorizado 20- Valor Unidáro Autorizado 21- Regiero ANVISA do Material 23- Referência do material no fabricante 23- Referência do Funcionamento 23- Referência do material no fabricante 23- Referência do Funcionamento 23- Referência do material no fabricante 23- Referência do Funcionamento				10 - Telefone		11 - E-mail					
12- Justiciativa técnica PACIENTE COM DORES EM OUADRIL referente ao kti de lavagem (nao esta lançado - não é padronziado para esse procedimento ) ***** Autorizado seringa de 60ml para pagamento em conta *****  OPME Solicitadas 13- Tabela 14- Código do Material 15- Descrição 22- Referência do material no fabricante 22- Referência do material no fabricante 23- Nº Autorização de Funcionamento 13- Tabela 14- Código do Material 24- Registro ANIAS do Material 25- Nº Autorização de Funcionamento 15- Descrição 16- OMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL (IMENTADO ZIMMER - 00-81 do 1) *** ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLITDA 16- 73302295 10417940039 10417940039 10417940039 10517950 10417940039 10517950 10417940039 10517950	RAFAEL LEITE DE PINH	IO TAVARES									
PACIENTE COM DORES EM QUADRIL Preferente ao kti de lavagem (nao esta lançado - não é padronziado para esse procedimento ) ******* Autorizado seringa de 60ml para pagamento em conta *****  OPME Solicitadas  13. Tabelas 14 - Cárga de Material 21 - Registro ANVISA de Material 22 - Registro ANVISA de Material 23 - Nº Autorizado 23 - Nº Autorizado 23 - Nº Autorizado 29 - Valor Unitário Solicitado 19 - Orde. Autorizado 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento 23 - Nº Autorização de Funcionamento 24 - Registro ANVISA de Material 45 - Descrição 47 - 74898680 48 - 73302295 40 - MASTE CIMENTADA - 04.32.01.00024 - RESTRITOR PARA CIMENTO 24 40 - 10 - 72397950 40 - 72397950 40	-										
13 - Tabela 14 - Código do Material 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 24 - Referência do material no fabricante 25 - Nº Autorização de Funcionamento 27 - Nº Autorização de Funcionamento 27 - Nº Autorização de Funcionamento 27 - Nº Autorização de Funcionamento 28 - Nº Autorização de Funcionamento 27 - Nº Autorização de Funcionamento 28 - Nº Autorização de Funcionamento 29 - Nº Autorização de Funcionamento 29 - Nº Autorização de Funcionamento 20 - Nº Autorização de Funcionamento 20 - Nº Autorização de Funcionamento 20 - Nº Autorização de Funcionamento 21 - Nº Autorização de Funcionamento 22 - Nº Autorização de Funcionamento 23 - Nº Autorização de Funcionamento 24 - II - III -	PACIENTE COM DORES EM QUADRIL PACIENTE COM DORES EM QUADRIL										
21 - Registro ANVISA do Material  22 - Referência do material no fabricante  23 - Ѻ Autorização de Funcionamento  74898680  COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-81 80044880261  ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 8- 73302295  HASTE CIMENTADA - 04.32.01.00024 - RESTRITOR PARA CIMENTO 24 10417940039  ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 10243070064  ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 10-											
74898680 COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-81				rial no fabricante			citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado			
80044680261 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 8- 73302295 HASTE CIMENTADA - 04.32.01.00024 - RESTRITOR PARA CIMENTO 24 9- 00 72397950 CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA GIA VISCOSIDADE STANDARD C 10243070064 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 10- 1						·	_  1				
10417940039 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					. <u></u>   <u>   </u>		_ <b>.</b>	1-1-1-1/1-1-1			
9- 00 72397950 CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	8- <b>73302295</b>	HAS	STE CIMENTADA - 04.32.0	01.00024 - RESTRITOR PARA CIMENTO 24	↓ <u>   </u> 1	,	_  1	,			
10-	10417940039 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA										
10-		CIM			C  _  2	_ _ _ ,	_  2	,			
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 28/03/2024 /referente ao kti de lavagem (nao esta lançado - não é padronziado para esse procedimento ) ******** Autorizado seringa de 60ml para pagamento em conta ******* / Empresa / Titular:	10243070064		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
12-	10-  _				_		_	_ _ , _			
12-		-		-			_ _				
24 - Especificação do Material  25 - Observação / Justificativa  Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 28/03/2024 /referente ao kti de lavagem (nao esta lançado - não é padronziado para esse procedimento ) ******* Autorizado seringa de 60ml para pagamento em conta ******* / Empresa / Titular:	'' <sup>-</sup>            	 	111111				_I	-			
24 - Especificação do Material  25 - Observação / Justificativa  Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 28/03/2024 /referente ao kti de lavagem (nao esta lançado - não é padronziado para esse procedimento ) ******* Autorizado seringa de 60ml para pagamento em conta ******* / Empresa / Titular:	12-		I—I—I—I—I—I—			-					
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 28/03/2024 /referente ao kti de lavagem (nao esta lançado - não é padronziado para esse procedimento ) ******* Autorizado seringa de 60ml para pagamento em conta ****** / Empresa / Titular:		 .				 	_, _	1-1-1-1/1-1-1			
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 28/03/2024 /referente ao kti de lavagem (nao esta lançado - não é padronziado para esse procedimento ) ******* Autorizado seringa de 60ml para pagamento em conta ****** / Empresa / Titular:	24 - Especificação do Material										
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 28/03/2024 /referente ao kti de lavagem (nao esta lançado - não é padronziado para esse procedimento ) ******* Autorizado seringa de 60ml para pagamento em conta ****** / Empresa / Titular:											
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização	26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	lo Responsável pela Autorização					