

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93628542

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora												
343269	9362854					28542						
4 - Data da Autorização 03/01/2024 11:58			3628542	6 - Data de Val		Senha /03/2024						
Dados do Beneficiário			00200 12			00/2021						
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carteira	а	9 -	Atendiment	o de RN				
0050000059588325			07/10)/2024			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome												
MARINA SAFFI LAPP	E											
Dados do Contratado Soli	citante											
12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61		11	Nome do Co	ontratado LO EVANGEL	LICA BE	NEFICE	NTE DE L	ONDR	RINA			
14 - Nome do Profissional So	olicitante						elho Profissi		16 - Número do 0	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
TOMAS SEIBEL						06			36495		41	225270
Dados do Hospital / Local			•									
19 - Código na Operadora / 0 78.613.841/0001-61	CNPJ	11		al / Local Solicita VANGELICA		FICENTE	DE LON	DRINA		11	a sugerida p 2024 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Ir	<u> </u>		e de Internação		tde. Diárias					Previsão de uso de Quimioterápico	
1	c			1		1			s			N
28 - Indicação Clínica ARTROSE DE QUADRIL	·											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID			1 - CID 10(3) (op	32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9					
Procedimentos ou Itens A	sistenciais Sc	olicitados									<i>9</i>	
34 - Tabela 35 - Código 1 - 22 30724058 2 - 22 30731127 3 - 18 60000805 4 -		o 36 AR TE	ARIA DE	TIA DE TEND. QUARTO CO	AO EM (OUTRAS DE 2 LEI	REGIOES	BANH	QUADRIL) - TR	ATA 1 VO 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada												
1 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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 03/01/2024 / Empresa / Titular: MARINA SAFFI LAPPE 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - 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 Referen	riada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	3 - Numero da Odia Neferen	93628542	4 - Serina	93628542	11	93628542		
Dados do Beneficiário		30020042		30020042	30/31/2024 11:33	30020072		
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000059588325		29 - Nome Social						
8 - Nome								
MARINA SAFFI LAPPE								
Dados do Profissional Solid				1.				
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail			
TOMAS SEIBEL								
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica								
ARTROSE DE QUADRIL ARTROSE DE QUADRIL								
7								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário A 23 - Nº Autorização de Funcionamento				
1- 00 74972146			LICAS - 00-8018-028-03 - CABECA FEMORA	=		_ 1 _ ,		
80044680328				·				
2- 72397888				i		_ 2 _ _ , _		
10243070062			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3- 00737470	COI	NJUNTO CIMENTACAO P	RESSURIZACAO 608.017.00001	1	_ _ _ ,	_ 1 _ ,		
80693380005		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
4- 73302279	HAS	STE CIMENTADA - 04.32.0	1.00018 - RESTRITOR PARA CIMENTO 18	<u> _ </u> 1	,	_ 1 _ ,		
10417940039		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _	_ _ _			
5- 72208619	SIS	TEMA NAO CIMENTADO I	PARA SUBSTITUICAO TOTAL DE QUADRIL	. _ 4	,	_ 4 _,,		
80044680220		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _			
6- 72207655	SIS		PARA SUBSTITUICAO TOTAL DE QUADRIL	. _ 1	,	_ 1 ,		
80044680220		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
24 - Especificação do Materia	I							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 03/01/2024 / Empresa / Titular: MARINA SAFFI LAPPE								
relefone Contratado: (43)3	03/0-1000 / Emitido em 03/0	∪ 1/2024 / Empresa / Titular: I	WAKINA SAFFI LAPPE					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização			
20 Zata da Gollonayao	27 / Noomatara do 1 N	ononiana comonanto		20 / 100 101 10	o . toopo.iouvoi poia / tatorização			



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

· · ·	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		93628542		93628542	03/01/2024 11:58	ı	93628542	
Dados do Beneficiário		On Nove Order						
7 - Número da Carteira 0050000059588325		29 - Nome Social						
8 - Nome MARINA SAFFI LAPPE								
Dados do Profissional Solic	tante							
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	1	11 - E-mail			
TOMAS SEIBEL								
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica ARTROSE DE QUADRIL ARTROSE DE QUADRIL								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			le. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - \	Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		•	o de Funcionamento			
7- 72466901 80044680251	515		. MOBILITY - 110024462: REVESTII CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	·—-	_ ,_ ,_ ,_	_ 1 _	_ ,	
8- 72466740					 	1	_ ,	
80044680251 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEI				·—-		-ı ·	-111'111	
9- 74898361	COI		ARA QUADRIL CIMENTADO ZIMME			_ 1		
80044680261		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOS	SLTDA _ _		_,		
10-				_		_		
	_ _ _		 _ _ _ _ _ _ 			_ _		
11-	_ _ _						_ ,	
			_ _ _			_ _		
12-	_					_	_ ,	
04 5						_ <u> _ </u>		
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 03/01/2024 / Empresa / Titular: MARINA SAFFI LAPPE								
Tolelone Contratado. (43)3	57 5 1000 / ETHILIGO ETH 03/	o 1/2027 / Emplesa / Tituldi. I	AN AND AN A LEGIT LEGIT F.E.					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	lo Responsável pela Autorização			