

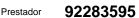
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92283595

(Via HOSPITAL)

1 " 11	Número da Guia	a Atribuído	pela Ope	radora								
343269							9228	33595				
4 - Data da Autorização	5 - Senha	a		6 - Data de 1	Validade da	Senha						
22/08/2023 10	:58	9	2283595	5	23/	/10/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			- 11	/alidade da Cart	eira	9 -	Atendiment					
9750000017125645			31/0	01/2023			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome EDSON TOCHIYUKI K	OAKUTSU											
Dados do Contratado Solid	itante											
12 - Código na Operadora		13 -	Nome do	Contratado								
78.613.841/0001-61		AS	SOCIAC	AO EVANG	ELICA BE	NEFICE	NTE DE L	ONDR	INA			
14 - Nome do Profissional So						15 - Conse	elho Profissi	ional	16 - Número do Co	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
RAFAEL LEITE DE PI	NHO TAVAR	ES				06 23538			23538		41	225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	dos da In	ternação									
19 - Código na Operadora / C	NPJ PJ		•	ital / Local Solic						1		oara Internação
78.613.841/0001-61		ASSOC	SSOCIACAO EVANGELICA BENE			IEFICENTE DE LONDRINA					09/2023 07:00	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regi	ime de Internação 1	o 25 - C	otde. Diárias 3	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OP S	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica												
29 - CID 10 Principal (opciona	al) 30 - CID	10(2) (opc	ional)	31 - CID 10(3)	(opcional)	32 - CID	10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A	cidente (a	acidente ou d	doença relacionada)
											9	
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Sol	icitados										
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1- 22 30724058 ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA 1 1 2- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 3 3												
3-	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	-l -l -l								l_ l_	 	 _
6- _ _ 7- _	_ _	-l -l								- -	_ _ _	_ _
8-	_ _ _	<u> </u>								İ_	_ _ _	
9-	_ _ _	J								L	_ _ _	
10- _	_ _ _ _	<u> </u>									_ _	
	_	<u> </u>									_	
12-										l_	_	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada												
39 - Data provável da Admiss	ao hospitalar	40 - Qtde	Diarias A	utorizadas	41 - Tipo de	e Acomodaç	ao autorizad	da				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61 43 - Nome do Hospital / Loca ASSOCIAÇÃO EVANO					11					44 - Código CNES 2550792		
45 - Observação / Justificativa												
Telefone Contratado: (43)		nitido em	22/08/20	23 /AUTORIZA	ADO CONF	ORME UN	IMED DE C	DRIGEM	/ / Empresa / Titu	lar: UNIN	MED DO ES	STADO DO PARAN
A												
46 Doto do Colicitação	47. ^	!	do Dr-f:- ·	anal Calisites	40 A	inature de D	onofici full	D	2006) do 4.	in ature - !	Door '	ol polo Autorizocão



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		4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia at	· · ·
343269		92283595			92283595	22/08/2023 10:58		92283595
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
9750000017125645								
8 - Nome								
EDSON TOCHIYUKI K (DAKUTSU							
Dados do Profissional Solic	itante							
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone		11	I - E-mail		
RAFAEL LEITE DE PIN	HO TAVARES							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica EM ANEXO EM ANEXO AUTORIZADO CONFORMI	E UNIMED DE ORIGEM							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição		1		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	tado 19 - Qtde. Autoriz	ada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do material no fabricante				de Funcionamento		
	73984736 ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8						_ 1	,
80044680259								
	74900994 CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPULA						_ 1	_ ,
80044680269	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
3- 74898957							_ 1	,
80044680269			CIO DE IMPLANTESORTOPEI	DICOSLIDA	-			
4- 73996475				 	1		_ 1	,
80044680303			CIO DE IMPLANTESORTOPE					
5- 73983683	ACI		MPACTADO NAO RESTRITO	•	1		_ 1	,
80044680259			CIO DE IMPLANTESORTOPE			_ _ _ _		
6- 00 72397888	CIM		TOPEDIA G1 VISCOSIDADE S	•	_ 2		_ 2	_ _ , _
10243070062		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEI	DICOSLIDA				
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa	070 4000 / F W	00/0000 /AUTCD:7400	JEODME HAIMED DE ODISE:	/F /	NUMED DO 505:	20 00 04 04 04		
releione Contratado: (43)3	370-1000 / EMITIGO em 22/	UO/ZUZ3 /AU I UKIZADU CUI	NFORME UNIMED DE ORIGEM	/ Empresa / Titular: C	NIMED DO ESTAL	DO DO PARANA		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		





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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenc		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		92283595		92283595	22/08/2023 10:58	92283			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
9750000017125645									
8 - Nome									
EDSON TOCHIYUKI K	DAKUTSU								
Dados do Profissional Solic	tante								
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	I - E-mail				
RAFAEL LEITE DE PIN	HO TAVARES								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica EM ANEXO EM ANEXO AUTORIZADO CONFORMI	E UNIMED DE ORIGEM								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário	o Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
7- 00642339 80743230039	CON		OR PRESSURIZACAO 805002 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ ,	_ 1 _	اــــار.		
8- 74327860	ACE		CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-20	_		_ 2 _ _ _			
80175510058	AGE		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>	<u> </u>	-1 - 1-1-1-1	,ı—ı—ı		
9-									
	_					_, _,_, _ _			
10-					_	_	,		
	_ _ _				_ _ _ _	_			
11-	_ _ _				_	-	,, <u> </u>		
	_ _ _				_ _ _ _ _	_			
12-	_ _ _				_		,,		
24 - Especificação do Material									
24 - Especificação do inaterial									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 22/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA									
Telefone Contratado. (43)3370-1000 / Entitudo enti 22/00/2023 /AO FORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Entiplesa / Titulai. Unimed do ESTADO DO FARAMA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	fissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				