

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

948/5096

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 94875096 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 94875096 23/04/2024 14:57 25/06/2024 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 1820000003018416 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **LUIS CARLOS CARDOSO CARVALHO** Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19 IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho **MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI** 24650 225270 06 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 78.614.971/0001-19 IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 06/05/2024 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico C 1 1 S Ν 28 - Indicação Clínica dor no quadril direito rx demonstra artrose avançada 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA 1- 22 30724058 1 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 2- 18 60000554 4- | | | 11-12-|\_\_|\_ |\_\_|\_| I I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 12 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 78.614.971/0001-19 IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 2580055 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 23/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CIANORTE 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável 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		4 - Senha		0.4075000	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atr		
343269		94875096			94875096	23/04/2024 14:57		94875096	
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
182000003018416									
8 - Nome LUIS CARLOS CARDOSO CARVALHO									
Dados do Profissional Solicitante									
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	10 - Telefone			11 - E-mail		
MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI									
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica dor no quadril direito rx dem dor no quadril direito rx dem AUTORIZADO CONFORME	onstra artrose avançada								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	ial no fabricante	1	6 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autoriza	ada 20 - Valor Unitário Autorizado	
1- <b>00 74899910 CUPU</b>		PULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-8753-048-01 - CUPULA		-01 - CUPULA	_  1	,	_  1	,	
		CIO DE IMPLANTESORTOPED	DICOSLTDA						
			,5X30MM 00-6250-065-30	I.	_  2	,	_  2	,	
			CIO DE IMPLANTESORTOPED						
			CETABULARES CERAMICOS - 00-8775-008-32 M COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_  1	,	_  1	,	
80044680286	001						1 4		
4- 74319671 80175510040	COI		ARA QUADRIL NAO CIMENTA CIO DE IMPLANTESORTOPED		_		_  1	- - -	
5- <b>72889780</b>	CAI		-8775-032-01 CABECA BIOLO				1		
80044680381	OA.		CIO DE IMPLANTESORTOPED	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			_1 '	י	
6-				1			_	,	
	 				,	_	_	1-1-1-1/1-1-1	
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 23/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CIANORTE									
26 Data da Callatta - 2	27 April - 4: 12	oficeional Calieitt-			20 April	Despensával pale Autorios a			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	Diissionai Solicitante			Zö - Assinatura do	Responsável pela Autorização			