

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92152171

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia At	ribuído nela Oner	adora							
1 - Registro ANS 343269 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora						921	52171				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Val	idade da Senha	7					
09/08/2023	17:27		92152171		08/10/202	3					
Dados do Beneficiário			1	alidade da Carteira	1.						
7 - Número da Carteira 0050000000545727	- Atendiment <b>N</b>										
50 - Nome Social				0/2024		IN .					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
ADEVALDO ROTTI	ER										
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operador			13 - Nome do 0								
04.762.301/0001-03			HOSPITAL	DO CORACAO							
14 - Nome do Profissiona  RAFAEL LEITE DE					15 - Co	nselho Profissi	ional	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Lo								23336		41	223270
19 - Código na Operador			-	ital / Local Solicitad	do				21 - Data	sugerida p	ara Internação
04.762.301/0001-03		11		CORACAO DI		.TDA				3	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
22 - Caráter do Atendimen	to 23 -	Tipo de Interna	ação 24 - Regir	me de Internação	25 - Qtde. Diári	as Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OP	ME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
1		С		1	_ 1			S			
28 - Indicação Clínica QUADRIL ESQUERDO	)										
QONDINE EDGOEND											
29 - CID 10 Principal (ope	rional)	30 - CID 10(2	2) (oncional)	31 - CID 10(3) (op	cional) 32 - C	D 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A	cidente (a	ridente ou c	doença relacionada)
20 0.2 10 1	sional,	0.2 10(1	2) (000.0110.)	o. 0.2 .0(0) (0p		2 .0(.) (000.0		oo maloayaa aa r	ioraorito (a	9	iooniya roladidhada)
Procedimentos ou Itens	s Assiste	nciais Solicita	ados								
34 - Tabela 35 - Códi	go do Pro	ocedimento	36 - Descrição	)					37	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307240				•				QUADRIL) - TRA	_		1
2- 18 600003				ACOMPANHA		EICAO COI	MPLETA	A	1		1
3- <b>18 600005</b>	54 II		DIAKIA DE	APARTAMEN	IIO SIMPLES				1 I		1
5-	 	-   							¦	-11 	 
6-	_;;_ _ _ _	 							_		   _
7-   _	_ _ _								_	_	
8-   _	_ _ _	.							l_	_	_
9-	_ _ _								<u> </u> -	_	
10-	_ _ _									_	_
11-         _   12-	 	-   							- 	-lll -l l l	 
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar   40 - Qtde Diárias Autorizadas   41 - Tipo de Acomodação autorizada											
Juliu provavor du 71a			1	12		ayao aatonza					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES											
04.762.301/0001-03 HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA 2758083											
45 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 09/08/2023 / Empresa / Titular: ADEVALDO ROTTER											
		70	:					1			
46 - Data da Solicitação		47 - Assin	atura do Profissio	onal Solicitante	48 - Assinatura d	Beneficiário (	ou Respo	onsável   49 - Ass	ınatura do	Kesponsáv	el pela Autorização



#### 2 - Nº Guia no Prestador



## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia F	Osforonoi	iodo	4 - Sen	.ho		E Data da Autorização	6 Niúmor	ro do Cujo atribuído polo Operadoro			
	3 - Numero da Guia F	kererenci		4 - Sen	ina	0045047	5 - Data da Autorização	6 - Numer	ro da Guia atribuído pela Operadora			
343269			92152171			9215217	1 09/08/2023 17:27		92152171			
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira		- 11:	29 - Nome Social									
0050000000545727												
8 - Nome												
ADEVALDO ROTTER												
Dados do Profissional Solicitante												
9 - Nome do profissional solic	citante				11 - E-mail							
RAFAEL LEITE DE PIN	NHO TAVARES											
Dados da cirurgia												
12 - Justificativa técnica QUADRIL ESQUERDO QUADRIL ESQUERDO												
OPME Solicitadas												
13 - Tabela 14 - Código do 21 - Registro ANVISA do Mat	pela 14 - Código do Material 15 - Descrição gistro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante					16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento						
1- 74900994					ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPULA		_  1	_ _ , _				
	30044680269 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA											
2- 74898680 COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-81						_  1		_  1	,			
80044680261 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA												
					_  1		_  1	,				
80023450092						-						
				IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1	,				
80044680259 ARTHROM COMERCIO 5- 73996475 HASTES FEMORAIS CIMENTAD						-	I 1	_ _ , _				
			_	IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  '	- - -				
6- 00506605					PLEX DOSE TOTAL 20ML LIQ. + 40G			2	,			
80005430445		Olline			IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>                                     </u>		_1 ~	1-1-1-1111-1-1			
24 - Especificação do Materia						ı—ı—ı—ı—						
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,												
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 09/08/2023 / Empresa / Titular: ADEVALDO ROTTER												
Telefonie Contratado. (43)3513-2000 / Effitido em 09/00/2025 / Empresa / Titular. ADEVALDO NOTTEN												
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura	a do Prof	fissional Solicitante			28 - Assinatura	do Responsável pela Autorização					



#### 2 - Nº Guia no Prestador

# Unimed A

## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	20150171	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído				
343269	92152171		92152171	09/08/2023 17:27		92152171			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social								
0050000000545727									
8 - Nome									
ADEVALDO ROTTER									
Dados do Profissional Solic									
9 - Nome do profissional solici		10 - Telefone	11	1 - E-mail					
RAFAEL LEITE DE PIN	HO TAVARES								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica QUADRIL ESQUERDO QUADRIL ESQUERDO									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do I				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	0 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate 7- <b>77657489</b>			23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
7- 77657489 10417940039		01.00021 / 09.32.01.00021 RESTRITOR PAR CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_  1	,			
8- 00642339		OR PRESSURIZAÇÃO 805002			1	_ _ ,			
80743230039		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		<u> </u>  - -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -	-1 '	IIII7III			
9- 00687022	PARAFUSO ACETABULAR 6				2	_ _ ,			
80044680308	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.—. 			11111			
10-			_   _ _ _       _		_	_  <sub> </sub>   <sub> </sub>   <sub> </sub>   <sub> </sub>			
				_ _ _ _ _					
12-				_	_	_,			
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	315-2000 / Emitido em 09/08/2023 / Empresa / Titular: /	ADEVALDO ROTTER							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					