



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **93823582**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93823582
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 22/01/2024 18:15	5 - Senha 93823582	6 - Data de Validade da Senha 31/03/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 8650002066810003	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome SUELI MARIA BENTO

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61	13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 28617	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
--	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 78.613.841/0001-61	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	21 - Data sugerida para Internação 09/02/2024 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OPME N	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica ARTROSE GRAVE DE JOELHO DIREITO
--

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) 9
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30726034	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR	1	1
2- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
3- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	1	1
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 12
---	---	---

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 22/01/2024 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL			
--	--	--	--

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 93823582	4 - Senha 93823582	5 - Data da Autorização 22/01/2024 18:15	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93823582
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 8650002066810003	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome
SUELI MARIA BENTO

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
ARTROSE GRAVE DE JOELHO DIREITO
ARTROSE GRAVE DE JOELHO DIREITO

OPME Solicitadas

13 - Tabela 14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material	22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento				
7- 00 77120396	COMPONENTE FEMORAL PRECOAT COM RESTRICAO - 00-5990-034-01	_	3	_ _ _ _ _ _ _	3	_ _ _ _ _ _ _
80044680274	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
8- 00 74950967	PLATO TIBIAL DE POLIETILENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5994-30-20 C	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
80044680317	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
9- 00 00660108	SISTEMA LAVAGEM OSRON PULSE 2500D-DPL-ST01Z-CT02Z	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
81207919001	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
10-00 72397950	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	_	3	_ _ _ _ _ _ _	3	_ _ _ _ _ _ _
10243070064	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
11- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
12- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____	_	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 22/01/2024 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---