

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95683542

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 -   | Número da Guia   | Atribuído pela           | a Operadora  |                                     |  |                                    |   |  |                             |  |  |  |
|--|--|--------------------------|--|-------------------------------------|--|------------------------------------|---|--|-----------------------------|--|--|--|
| 343269   |  |                          |  |                                     | 9568   | 83542                              |   |  |                             |  |  |  |
| 4 - Data da Autorização 5 - Senha 95   |  |                          | 3542 6 - Data de Va  |                                     | enha<br>9/2024                                     |                                    |   |  |                             |  |  |  |
| Dados do Beneficiário  |  |                          |  |                                     |  |                                    |   |  |                             |  |  |  |
| 7 - Número da Carteira<br>0050000062775386   |  |                          | 8 - Validade da Cartei<br>30/10/2025                                 | ra                                  | 9 - Atendiment                                     |                                    |   |  |                             |  |  |  |
| 50 - Nome Social   |  |                          | <u> </u>   |                                     |  |                                    |   |  |                             |  |  |  |
|  |  |                          |  |                                     |  |                                    |   |  |                             |  |  |  |
| 10 - Nome JOSE APARECIDO CARDOSO   |  |                          |  |                                     |  |                                    |   |  |                             |  |  |  |
| Dados do Contratado Solid  | itante   | 10                       |  |                                     |  |                                    |   |  |                             |  |  |  |
| 12 - Código na Operadora<br>78.613.841/0001-61   |  | 11                       | ne do Contratado   | LICA BEN                            | NEFICENTE DE I                                     | ONDRINA                            | ١   |  |                             |  |  |  |
|  | 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA  14 - Nome do Profissional Solicitante   15 - Conselho Profissional   16 - Número do Conselho   17 - UF   18 - Código CBO |                          |  |                                     |  |                                    |   |  |                             |  |  |  |
| LUCAS DA FONSECA   |  |                          |  | 11                                  | 06   | 11                                 | 6921                                      | 41   | 225270                      |  |  |  |
| Dados do Hospital / Local S  | Solicitado / Dad   | los da Interna           | ação   |                                     |  | · ·                                |   | <u>'</u>   |                             |  |  |  |
| 19 - Código na Operadora / C   | 11   |                          | Hospital / Local Solicita  |                                     | IOENTE DE LON                                      | DDINA                              |   | _  | a para Internação           |  |  |  |
| 78.613.841/0001-61   |  |                          |  | BELICA BENEFICENTE DE LONDRINA      |  |                                    | ~   | 08/07/2024 00:00 so de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico |                             |  |  |  |
| 22 - Caráter do Atendimento 2  | 23 - Tipo de Inte  | ernação   24 ·           | - Regime de Internação<br>1  | 25 - Qto                            | de. Diárias Solicitadas<br><b>2</b>                | 26 - Previsa                       | N   | ME   27 - Previsao   | N N                         |  |  |  |
| 28 - Indicação Clínica<br>ARTROFIBROSE JOELHO  | DIREITO  |                          |  |                                     |  |                                    |   |  |                             |  |  |  |
| 29 - CID 10 Principal (opciona   | al) 30 - CID 1   | 10(2) (opcional          | l) 31 - CID 10(3) (o   | pcional)                            | 32 - CID 10(4) (opcic                              | onal) 33·                          | - Indicação de Ac                         | cidente (acidente o  | u doença relacionada)       |  |  |  |
|  |  |                          |  |                                     |  |                                    | 9   |  |                             |  |  |  |
| Procedimentos ou Itens As  |  |                          | . ~  |                                     |  |                                    |   |  |                             |  |  |  |
| 1- 22 30733090<br>2- 22 30101522<br>3- 18 6000805<br>4- 18 60024151<br>5-         <br>6-   | o Procedimento   | TRATA<br>EXTEN<br>DIARIA | AMENTO CIRURGI<br>NSOS FERIMENTO<br>A DE QUARTO CO<br>UELTAXA DE APA | S, CICATI<br>DLETIVO D<br>RELHO / I | RIZES OU TUMOR<br>DE 2 LEITOS CON<br>EQUIPAMENTO P | RES - EXC<br>I BANHEIF<br>PARA ART | ISAO E RETA<br>RO PRIVATIVO<br>ROSCOPIA P | ALH 1<br>O 2   | 38 - Qtde. Aut.  1  1  2  1 |  |  |  |
| 8-   |  | <br> <br> <br>           |  |                                     |  |                                    |   |  |                             |  |  |  |
| Dados da autorização  39 - Data provável da Admiss   | ão hospitalar T  | 40 - Otde Diár           | rias Autorizadas 4   | 1 - Tino de 4                       | Acomodação autoriza                                | da                                 |   |  |                             |  |  |  |
| 55 - Data provaver da Adrilliss  | nuo noopitalal   | -10 - QIUE DIAI          | 2 1  |                                     | www.comouayao autonzat                             |                                    |   |  |                             |  |  |  |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA  44 - Código CNE 2550792   |  |                          |  |                                     |  |                                    |   | 44 - Código CNES<br>2550792  |                             |  |  |  |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 03/07/2024 / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - 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 - N 3 - N   | Número da Guia Referenciada<br>95683542        | 4 - Senha 956835                                    |  | 5 - Data da Autorização<br>03/07/2024 12:55 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 9568354 |                                |  |  |  |
|--|--|---|--|---|---|--------------------------------|--|--|--|
| Dados do Beneficiário  |  |   |  |   |   |                                |  |  |  |
| 7 - Número da Carteira   | 29 - Nome Social                               |   |  |   |   |                                |  |  |  |
| 0050000062775386   |  |   |  |   |   |                                |  |  |  |
| 8 - Nome   |  |   |  |   |   |                                |  |  |  |
| JOSE APARECIDO CARDO   | oso  |   |  |   |   |                                |  |  |  |
| Dados do Profissional Solicitante  | e  |   |  |   |   |                                |  |  |  |
| 9 - Nome do profissional solicitante   |  | 10 - Telefone                                       | 11   | - E-mail                                    |   |                                |  |  |  |
| LUCAS DA FONSECA BOF   | RGHI   |   |  |   |   |                                |  |  |  |
| Dados da cirurgia  |  |   | ,  |   |   |                                |  |  |  |
| 12 - Justificativa técnica<br>FRATURA TIBIA COM REGIDE<br>ARTROFIBROSE JOELHO DIR                                  | Z DO JOELHO E NECROZE DE PELE . URGENT<br>EITO | ≣   |  |   |   |                                |  |  |  |
| OPME Solicitadas   |  |   |  |   |   |                                |  |  |  |
| 13 - Tabela 14 - Código do Mater   |  |   |  | . Solicitada 18 - Valor Unitário Solic      | itado 19 - Qtde. Autorizada                         | 20 - Valor Unitário Autorizado |  |  |  |
| <ul><li>21 - Registro ANVISA do Material</li><li>1- 00 00116700</li></ul>  | 22 - Referência do mate                        | rial no fabricante PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 | 23 - Nº Autorização                          | de Funcionamento                            | 1 4   |                                |  |  |  |
| 80743230025  |  | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                     | _  '   |   | _  1  | _ ,                            |  |  |  |
| 2- 00 00499293   |  | O OB F 2,9X5,5MM 892350000                          |  |   | 1   | _ _ , _                        |  |  |  |
| 80356130052  |  | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                     | <u>                                     </u> |   | _ı ·  | 1                              |  |  |  |
| 3-   |  |   |  |   | _   | _ ,                            |  |  |  |
|  |  |   |  |   | _   |                                |  |  |  |
| 4-   _   |  |   | _  _   _ _                                   | _   | _   | ,                              |  |  |  |
|  |  |   |  |   | _   |                                |  |  |  |
| 5-   |  |   | _  | _   | _   | _ ,                            |  |  |  |
|  |  |   |  | -             -                             |   |                                |  |  |  |
| 6-   |  |   |  | _   | _   | _ ,                            |  |  |  |
|  |  |   |  |   |   |                                |  |  |  |
| 24 - Especificação do Material   |  |   |  |   |   |                                |  |  |  |
| 25 - Observação / Justificativa  |  |   |  |   |   |                                |  |  |  |
| Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 03/07/2024 / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL |  |   |  |   |   |                                |  |  |  |
|  |  |   |  |   |   |                                |  |  |  |
|  |  |   |  |   |   |                                |  |  |  |
| 26 - Data da Solicitação   | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante    |   | 28 - Assinatura do                           | Responsável pela Autorização                |   |                                |  |  |  |