

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90949916

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90949916										
4 - Data da Autorização 24/04/2023	15:48	5 - Senha	9094991	6 - Data de Val		nha 5/2023		-			
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			- 11	Validade da Carteira	а	9 - Atendim		I			
1500000017086036			31	/12/2022			N				
50 - Nome Social											
10 - Nome AMANDA CAROLINE LOMES											
Dados do Contratado Solicitante											
	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA										
78.613.841/0001-61	Colinitar	oto	ASSOCIA	CAU EVANGEL					ancolho 1	17 - UF	18 - Código CBO
RAFAEL MAURICIO					11	15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 28806		41	225270
Dados do Hospital / Loc	al Solici	itado / Dados	da Internação)							
19 - Código na Operadora	/ CNPJ	11		pital / Local Solicita					1		ara Internação
78.613.841/0001-61				EVANGELICA						023 00:0	
22 - Caráter do Atendiment	23 -	Tipo de Interna	ação 24 - Re 	gime de Internação 1	25 - Qtde	e. Diárias Solicitada 1	as 26 - P	revisão de uso de OP	ME 27 - F	revisão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica											
29 - CID 10 Principal (opc	ional)	30 - CID 10(2	2) (opcional)	31 - CID 10(3) (op	ocional)	32 - CID 10(4) (op	ocional)	33 - Indicação de A	cidente (ac	sidente ou c	oença relacionada)
	• • •									9	
Procedimentos ou Itens 34 - Tabela 35 - Códio		enciais Solicita ocedimento	36 - Descriç	ão					37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 3072718 2- 22 3072716 3- 18 6000080 4-	54 52		OSTEOTO	ELITE DOS OSS DMIAS E/OU PSI E QUARTO CO	EUDARTR LETIVO D	OSES - TRAT.	AMENTO	O CIRURGICO HEIRO PRIVATIV	1 1		1 1 1
Dados da autorização 39 - Data provável da Adr	nissão h	ospitalar 40	- Qtde Diárias	Autorizadas 4	1 - Tipo de A	comodação autor	izada				
2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2			1	1		ayao aaloi					
42 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61	/ CNPJ	autorizado	11	Hospital / Local Au		EFICENTE DE	E LONDF	RINA			44 - Código CNES 2550792
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 24/04/2023 /CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO / Empresa / Titular: UNIMED DE PARAN AVAI COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO											
46 - Data da Solicitação		47 - Assin	atura do Profis	sional Solicitante	48 - Assina	tura do Beneficiár	rio ou Resp	onsável 49 - Ass	inatura do l	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

- 11	3 - Número da Guia Referenciada	11			00040040	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		90949916			90949916	24/04/2023 15:48		90949916		
Dados do Beneficiário	100 N	Casial								
7 - Número da Carteira	29 - No	ome Social								
1500000017086036										
8 - Nome AMANDA CAROLINE LO	DMES									
Dados do Profissional Solicit	ante									
9 - Nome do profissional solicita	inte		10 - Telefone		11 - E-mail					
RAFAEL MAURICIO BE	LETATO									
Dados da cirurgia					, _					
12 - Justificativa técnica OSTEOMIELITE CRONICA OSTEOMIELITE CRONICA I CONFORME PARECER DA	PERNA DIREITA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZ	ZADO								
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do Ma 21 - Registro ANVISA do Mater		ão 2 - Referência do materi	al no fabricante		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento					
1- 00660108			PULSE 2500D-DPL-ST01Z-CT02Z		1	_ ,	,			
81207919001	A	RTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICO	SLTDA _						
2- 00 74645811	BONALIVE			<u> </u> 2			_ 2	,		
80625390001	F	IXER IMPORTACAC	E COM DE PRODUTOS PARA S	AUDE LT _	_	_ _ _				
3-							_ _	,		
	-	_ _ _ _	_	_ _ _	- -	_ _ _ _ _	_			
4- <u> </u>					-	_	_	,		
	- - 				-1111-		_			
³⁻	·!!!!!	1 1 1 1 1 1			-		_	-		
!				 			 -	,		
						-ı ı—ı—ı—ı _ll	IIII'III			
24 - Especificação do Material										
,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 24/04/2023 /CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO / Empresa / Titular: UNIMED DE PARANAVAI COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO										
Telefone Contratado. (43)3370-1000 / Entitudo enti 24/04/2023 /CONFORME PARECER DA CIVINED DE ORIGENIAO FONIZADO / ETIPIESA / HICIAI. CIVINED DE PARAMAVAI COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissiona	al Solicitante		2	28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização				