



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89974514

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89974514			
4 - Data da Autorização 27/01/2023 08:55		5 - Senha 89974514		6 - Data de Validade da Senha 01/04/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 9750000010208537		8 - Validade da Carteira 19/11/2023		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome MARCIA REGINA DOS REIS CRIPALDI				11 - Cartão Nacional de Saúde 702505377648230	
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 TOMAS SEIBEL			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 36495
			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 02/02/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica ARTROSE DE QUADRIL COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR IMPOTENCIA FUNCIONAL					
29-CID10 Principal (opcional)		30-CID10(2) (opcional)		31-CID10(3) (opcional)	
				32-CID10(4) (opcional)	
				33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela 1- 22 2- 18 3- 18 4- <input type="text"/> 5- <input type="text"/> 6- <input type="text"/> 7- <input type="text"/> 8- <input type="text"/> 9- <input type="text"/> 10- <input type="text"/> 11- <input type="text"/> 12- <input type="text"/>	35 - Código do Procedimento 30724058 60000805 60024151 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	36 - Descrição ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	37 - Qtde. Solic. 1 1 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	38 - Qtde. Aut. 1 1 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		40 - Qtde Diárias Autorizadas 1		41 - Tipo de acomodação autorizada 1	
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 Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 03109655942 em 27/01/2023 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM// COD30731127 N EGADO MEDICO DE ACORDO / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA					
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>		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

89974514

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89974514	4 - Senha 89974514	5 - Data da Autorização 27/01/2023 08:55	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89974514
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 9750000010208537	8 - Nome MARCIA REGINA DOS REIS CRIPALDI
---	--

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante TOMAS SEIBEL	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica ARTROSE DE QUADRIL COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, IMPOTÂNCIA FUNCIONAL. ARTROSE DE QUADRIL COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR IMPOTENCIA FUNCIONAL PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM// COD30731127 NEGADO MEDICO DE ACORDO

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Item	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	
1- 19	73993514	COMPONENTES ACETABULARES CERAMICOS - 00-8775-008-32		1			
80044680286		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	00687022	PARAFUSO ACETABULAR 6,5X30MM 00-6250-065-30		2			
80044680308		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3-	74898957	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-048-20 - CUPULA A		1			
80044680269		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4-	74319035	COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL NAO CIMENTADO ZIMMER - 0		1			
80175510040		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
5-	74003976	CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-028-02		1			
80044680330		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 03109655942 em 27/01/2023 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM// COD30731127 N EGADO MEDICO DE ACORDO / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA
--

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