

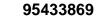
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95433869

(Via HOSPITAL)

"	Número da Guia	Atribuído pe	ela Operadora							
343269					<u> </u>	95433869				
4 - Data da Autorização 12/06/2024 10:	5 - Senha	954	6 - Da	ta de Validade da S 11/ 0	Senha 08/2024					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira	8 - Validade da	a Carteira	9 - Atendi	mento de RN						
9750000017120082				N						
50 - Nome Social										
10 - Nome VITALINA APARECIDA PINTO										
Dados do Contratado Solic	itante									
12 - Código na Operadora		11	ome do Contratad							
78.613.841/0001-61		ASSC	OCIACAO EV	ANGELICA BE	NEFICENTE I	DE LONDR	RINA			
14 - Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO					15 - Conselho Profissional 16 - Número do 28617		16 - Número do Co 28617	onselho 17 - UF 41	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	os da Interi	nação							
19 - Código na Operadora / C	- 11		do Hospital / Loca					21 - Data sugerida		
78.613.841/0001-61				ELICA BENEF			ı	24/06/2024 00:	00	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	rnação 2	24 - Regime de Inte	rnação 25 - Qi	de. Diárias Solicita 2	idas 26 - Pr	revisão de uso de OPI S	ME 27 - Previsão de	uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica TROCA DE HOSPITAL GU										
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opci		0(2) (opcion	ional) 31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacion 9		doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solid	citados								
34 - Tabela 35 - Código do	o Procedimento	ARTI DIAR	RIA DE ACOMI	PANHANTE CO	M REFEICAO DE 2 LEITOS (COMPLET	HEIRO PRIVATIV	1	1 1 2	
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde Di	iárias Autorizadas 2	41 - Tipo de	Acomodação aut	orizada				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61 43 - Nome do Hospital / Loca ASSOCIACAO EVANO				NEFICENTE I	DE LONDR	RINA		44 - Código CNES 2550792		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 12/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARA NA 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 #

	3 - Número da Guia Referencia	11	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído		
343269		95433869		95433869	12/06/2024 10:18		95433869	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
9750000017120082								
8 - Nome								
VITALINA APARECIDA	PINTO							
Dados do Profissional Solicit	ante							
9 - Nome do profissional solicita	ante		10 - Telefone	11	- E-mail			
JOAO PAULO FERNAN	DES GUERREIRO							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica TROCA DE HOSPITAL GUI/ TROCA DE HOSPITAL GUI/ AUTORIZADO CONFORME	A 95213777 ARTROSE DE							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		escrição			. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	0 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 72397950	CIME		OPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD (C _ 2		_ 2	_ ,	
10243070064	2011		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 73990930	COM		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01			_ 1	_ ,	
80044680277	0011		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-	1 4		
3- 74896466 80044680257	COM		LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-047-01	C _ 1		_ 1	_ ,	
4- 74951955	DI AT		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _	-			
80044680317	PLAI		:NO ESTABILIZADO ZIMMER - 5960-30-12 (:IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	_ ,	
		AKTIKOW COWLKC	DIO DE IMIFEANTESONTOFEDICOSETDA		-			
5- <u> </u>	- 				-1	_	_ _ , _	
	- 	I				 -	_ _ ,	
	- 	111111		_	-!	-1	₁	
24 - Especificação do Material						_ -		
2 - Zoposinoayao oo matona								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 12/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profi	issional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			