

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91967457

(Via HOSPITAL)

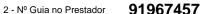
1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Gu	iia Atribuído	pela Opera	adora			91967	7457				
4 - Data da Autorização	5 - Sen		40674E7	6 - Data de Vali								
24/07/2023 17:23         91967457         02/10/2023           Dados do Beneficiário         02/10/2023												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
1170000002109180							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome MARISTELA PEREIRA LIMA ARAUJO												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		11	Nome do C									
04.762.301/0001-03 HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA										[40, 0′ E, 000		
14 - Nome do Profissional Solicitante  RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES					15 - Conselho Profissional 16 - Número do 23538			16 - Número do C <b>23538</b>	onseino	17 - UF 41	18 - Código CBO <b>225270</b>	
Dados do Hospital / Loc			-									
19 - Código na Operadora <b>04.762.301/0001-03</b>	/ CNPJ	H		al / Local Solicitad		RINA I T	DΔ			11	a sugerida p <b>2023 07:0</b>	oara Internação
22 - Caráter do Atendimento				egime de Internação 25 - Qtde. D						OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico		
1	С			1		5			S			
28 - Indicação Clínica EM ANEXO												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)			cional) 3	31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (			10(4) (opcion	nal) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  9				
Procedimentos ou Itens	Assistenciais S	olicitados										
34 - Tabela   35 - Códig   1- 22   3072405   2- 18   6000038   3- 18   6000080   4-	4	AF DI	ARIA DE A	STIA (QUALQ ACOMPANHA QUARTO COL	NTE CO	M REFEI	CAO COM	PLETA	EIRO PRIVATIV	ATA 1 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.  1  5
39 - Data provável da Adm	issão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de	Acomodac	ão autorizada	a				
			5	1								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 04.762.301/0001-03  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL DO CORACAO DE I						ONDRINA	LTDA					44 - Código CNES <b>2758083</b>
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 24/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COO PERATIVA DE TRABALHO MEDICO  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
46 - Data da Solicitação	47 -	ครรเทสเนra เ	uu rioiissioi	nai Suicitante	40 - ASSII	iatura do B	enenciario ol	ı kespon	savei    49 - ASS	ภาเลเนาล do	responsav	ei peia Autorização





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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuíd	lo pela Operadora
343269		91967457		91967457	24/07/2023 17:23		91967457
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
1170000002109180							
8 - Nome							
MARISTELA PEREIRA	LIMA ARAUJO						
Dados do Profissional Soli	citante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	].	11 - E-mail		
RAFAEL LEITE DE PII	NHO TAVARES						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica EM ANEXO EM ANEXO AUTORIZADO CONFORM	E UNIMED DE ORIGEM						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição	int on fabricants		de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mar 1- <b>73984736</b>		22 - Referência do mate	INPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER		o de Funcionamento	_  1	,
80044680259				•—•		_  '	-
2- <b>74900994</b>	CUI		ALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CU			1	,
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT		_ <del></del>	_ı ·	I
3- <b>74898957</b>	CUI		ALICA ZIMMER - 00-6200-048-20 - CU			1	,
80044680269			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT				1-1-1-1-171-1-1
4- 73996475				1		l 1	,
80044680303				 DA  _ _ _	 	<b>_</b> ,	
5- <b>73993514</b>	COI	MPONENTES ACETABUL	ARES CERAMICOS - 00-8775-008-32	<u> </u> 1	_ _ _ ,	_  1	_ _ ,
80044680286		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT	DA  _ _ _			
6- <b>00642339</b>	COI	NJUNTO CIMENTACAO P	OR PRESSURIZACAO 805002	<u>                                       </u>	_ _ _ ,	_  1	,
80743230039		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT	DA  _ _ _			
24 - Especificação do Materia	I						
25 - Observação / Justificativ							
Telefone Contratado: (43)	3315-2000 / Emitido em 24/	07/2023 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empre	sa / Titular: UNIMED NORTE F	PIONEIRO COOPERATIVA DE TR	ABALHO MEDICO	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura	do Responsável pela Autorização		



## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 91967457 91967457 24/07/2023 17:23 91967457 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 1170000002109180 8 - Nome MARISTELA PEREIRA LIMA ARAUJO Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica **EM ANEXO EM ANEXO** AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM **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 72397888 CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G 10243070062 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00687022 PARAFUSO ACETABULAR 6,5X30MM 00-6250-065-30 80044680308 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |\_\_|\_\_|, 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 24/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização