



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89482170

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89482170
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 05/12/2022 09:10	5 - Senha 89482170	6 - Data de Validade da Senha 06/02/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0320000082484864	8 - Validade da Carteira 30/11/2023	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

10 - Nome FERMINA ROMANO CASTELLAZZI	11 - Cartão Nacional de Saúde
--	-------------------------------

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03	13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA
---	--

14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 17905	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 04.762.301/0001-03	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 19/12/2022 00:00
--	---	---

22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 3	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica TROCA DE HOSPITAL GUIA 89245713 DOR DEFORMIDADE SEVERA EM VARO INSTABILIDADE MEDIAL

29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10(2) (opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
-------------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30726034	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR	1	1
2- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	3	3
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar / /	40 - Qtde Diárias Autorizadas 3	41 - Tipo de acomodação autorizada 1
--	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 04.762.301/0001-03	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA	44 - Código CNES 2758083
---	---	------------------------------------

45 - Observação Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 04163076980 em 05/12/2022 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITI BA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS
--

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

89482170

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89482170	4 - Senha 89482170	5 - Data da Autorização 05/12/2022 09:10	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89482170
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0320000082484864	8 - Nome FERMINA ROMANO CASTELLAZZI
---	---

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
TROCA DE HOSPITAL - GUIA 89245713. DOR + DEFORMIDADE SEVERA EM VARO + INSTABILIDADE MEDIAL.
TROCA DE HOSPITAL GUIA 89245713 DOR DEFORMIDADE SEVERA EM VARO INSTABILIDADE MEDIAL
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM

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- 02967227		COMPONENTE FEMORAL PS PERSONA STD DIREITO 05 42-5006-058-02	<input type="checkbox"/>	1	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>
80044680307		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2- 74949861		PLATO TIBIAL DE POLIETILENO ESTABILIZADO ZIMMER - 42-5226-004-1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>
80044680317		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- 74931105		BASE TIBIAL METALICA - 42-5320-067-02 BASE TIBIAL CIMENTADA PER	<input type="checkbox"/>	1	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>
80044680301		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- 74932047		BASE TIBIAL METALICA - 42-5570-001-14 COMPONENTE HASTE TIBIAL	<input type="checkbox"/>	1	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>
80044680301		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- 00 72397950		CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD CO	<input type="checkbox"/>	2	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>
10243070064		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 04163076980 em 05/12/2022 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITI
BA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

26 - Data da Solicitação <input type="text"/>	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---