

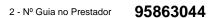
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95863044

(Via HOSPITAL)

| Section Sect | 1 - Registro ANS 3 - | Número da Guia | a Atribuído | pela Opera | dora | | | | | | | | |
|--|---|-------------------------------|-------------|----------------------|----------------------|---------------|---------------------|--------------------|-----------|---------------------|------------|---------------|--------------------|
| 1907/2024 11-14 9885044 22/09/2024 | 343269 | | | | | | | 9586 | 3044 | | | | |
| 7. Notine 1. N | - | 11 | | 863044 | 6 - Data de \ | | | | | | | | |
| 975-Numer Social 10 - Numer Social 10 - Numer Social 10 - Numer Social 11 - Numer So Contratacios Solicitandes 12 - Cedago na Contratacios Solicitandes 13 - Numer So Contratacios Solicitandes 14 - Numer Social So | Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | | |
| To Nome Scotal To Nome | † | | | 8 - Val | idade da Carte | eira | 9 - | | de RN | | | | |
| 10 - Norma RATH KIKO HAYASHI Dados do Contribudo Solicitario 12 - Codigo no Capendoro RASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 13 - Norme do Contribudo Solicitario RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES Dados do Hospital I Local Solicitado / Dedos da Internação Procedir do Hospital I Local Solicitado / Dedos da Internação ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 21 - Datos agordad para Internação 2008/2024 40 - 100 228270 23 - Codigo no Capendario / CNPU 23 - Tigo a traversição / ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 21 - Datos agordad para Internação 2008/2024 40 - 100 22 - Cudador do Associación / CNPU 23 - Tigo a traversição / ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 24 - Datos agordad para Internação 2008/2024 40 - 100 25 - Tigo a traversição / ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 26 - Processão da uso da OPME 27 - Providad do suo da Qualificação do Adordes (accidente ou doceça relacionado) 9 - Procedimentos ou literia. Resistencialis Solicitados 28 - Datos (SA) 1 - Datos agordad para Internação 2008/2024 40 - 100 27 - Providad do suo da Qualificação do Adordes (accidente ou doceça relacionado) 9 - Procedimentos ou literia. Resistencialis Solicitados 8 - Datos (SA) 1 - Datos (SA) 1 - Datos (SA) 1 - Datos (SA) 28 - Datos (SA) 29 - CID 10 Principal (opcional) 20 - CID 50(5) (opcional) 20 - Datos (SA) 30 - Codigo do Procedimento 30 - Codigo do Procedimento 30 - Datos (SA) 31 - Tigo do Acontraciação 31 - CID 50(5) (opcional) 32 - Datos (SA) 33 - Indicação (SA) 34 - Codigo codição (SA) 35 - Datos (SA) 36 - Datos (SA) 37 - Cidas Solicitados 37 - Cidas Solicitados 37 - Cidas Solicitados 37 - Cidas Solicitados 38 - Cidago do Procedimentos 37 - Cidas Solicitados 37 - Cidas Solicitados 38 - Cidago do Procedimentos 37 - Cidas Solicitados 38 - Cidago do Procedimentos 37 - Cidas Solicitados 37 - Cidas Solicitados 38 - Cidago do Procedimentos 37 - Cidas Solicitados 37 - Cidas Solicitados 37 - Cidas Solicitados 38 - Cidago do Procedime | | | | | | | | N | | | | | |
| Buffet of Contractands Solicitations Contractands Solicitation Table 2 - Codigo no Representation Table 3 - Table superior Table 3 - Table 3 | 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | | |
| 13 - Norme do Portingiani Solicitante 14 - Norme do Portingiani Solicitante 15 - Conceptino Prinsipiani Solicitante 16 - Conceptino Prinsipiani Solicitante 17 - UF 18 - Código CSD 2538 41 17 - UF 18 - Código CSD 25283 41 17 - UF 18 - Código CSD 25283 41 17 - UF 18 - Código CSD 25283 41 17 - UF 18 - Código CSD 25283 41 17 - UF 18 - Código CSD 25283 41 17 - UF 18 - Código CSD 25283 41 17 - UF 18 - Código CSD 25283 25283 27 - UF 26283 27 | † | I | | | | | | | | | | | |
| ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 17 - Un | Dados do Contratado Solid | itante | | | | | | | | | | | |
| 13 - Conselho Professional Solicitante 17 - UF 18 - Codago CBD 23538 41 225270 | , | | 11 | | | THOA DE | NEELOEI | NTE DE L | ONDDI | NI A | | | |
| RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES Dados de Hospital / Local Solicitado / Dados da internação 20 - Nomo de Hospital / Local Solicitado / Dados SOLICAGO / DADOS / D | | 1:-: | ASS | OCIACA | O EVANGE | ELICA BE | | | | | | 47 115 | 40. Cádica CDO |
| 30 - Crigings na Operadora (CRPI) 20 - Nome de Hospital Fucio Il Sociando 2008/2024 00:00 2008 | | | ES | | | | | eino Profissio | onai | | onseino | i i | 1 1 |
| 23 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 9 9 9 9 9 9 9 9 | | | | • | | | | | | | | | |
| 1 | | CNPJ | | • | | | FICENTE | DE LOND | RINA | | 11 | | - |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acideme ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Quée, Solic. 38 - Otde, Aut. 12 - 23 - 24 - 24 - 24 - 24 - 24 - 24 - 2 | 1 | 1 ' | ernação | 24 - Regim | • | 25 - Q | | Solicitadas | 26 - Pre | | ME 27 - F | Previsão de u | • |
| 29 - CID 10 Principal (opdional) 30 - CID 10(2) (opdional) 31 - CID 10(3) (opdional) 32 - CID 10(4) (opdional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 | | | | | | | | | | | | | |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qitde. Solic. 38 - Qitde. Aut. 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30724058 ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | 29 - CID 10 Principal (opciona | al) 30 - CID | 10(2) (opci | onal) 3 | 1 - CID 10(3) (| opcional) | 32 - CID | 10(4) (opcion | nal) | 33 - Indicação de A | , | | oença relacionada) |
| 1 - 22 30724058 ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | Procedimentos ou Itens As | sistenciais Sol | icitados | | | | | | | | | | |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar 1 | 1- 22 30724058 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4- | o Procedimento | AR' DIA | TROPLAS ARIA DE A | ACOMPANH QUARTO C | IANTE CO | M REFEI DE 2 LEI | CAO COM TOS COM | BANH | EIRO PRIVATIV | ATA 1 1 | - Qtde. Soli | 1 |
| 1 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 78.613.841/0001-61 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 19/07/2024 / AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM ******* REFERENTE AOS MATERIAIS 1 KIT CAMPO DESCARTAVEL/ 2 OPSITES PAGOS EM CONTA HOSPITALAR / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA | | | | | | | | | | | | | |
| ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792 | 39 - Data provável da Admiss | sao hospitalar | 40 - Qtde | | - 11 | | Acomodaç | ao autorizada | a | | | | |
| Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 19/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM ******* REFERENTE AOS MATERIAIS 1 KIT CAMPO DESCARTAVEL/ 2 OPSITES PAGOS EM CONTA HOSPITALAR / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA | | | | | | | NEFICE | NTE DE LO | ONDRI | NA | | | - |
| 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | Telefone Contratado: (43) DESCARTAVEL/ 2 OPSIT | 3378-1000 / Er ES PAGOS EI | M CONTA | HOSPITA | LAR / Empre | esa / Titular | : UNIMED | DO ESTAD | 00 DO F | PARANA | | | |



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

Unimed A

| | _ | | | | | | |
|---|---|--|----------------------|--|--|--|--|
| · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | 3 - Número da Guia Referenciada | 4 - Senha | | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora | | |
| 343269 | 95863044 | | 95863044 | 19/07/2024 11:44 | 95863044 | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | 29 - Nome Social | | | | | | |
| 9750000017124789 | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | |
| RUTH KIIKO HAYASHI | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solici | tante | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicit | ante | 10 - Telefone | 11 | - E-mail | | | |
| RAFAEL LEITE DE PIN | HO TAVARES | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica DORES NO QUADRIL DORES NO QUADRIL AUTORIZADO CONFORME | : UNIMED DE ORIGEM ****** REFERENTE AOS M | ATERIAIS 1 KIT CAMPO DESCARTAVEL/ 2 OPSITE | S PAGOS EM CONT | ⁻ A HOSPITALAR | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do N | laterial 15 - Descrição | | 16 - Opção 17 - Qtde | . Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado | | |
| 21 - Registro ANVISA do Mate | | | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento | | | |
| 1- 72207655 | | PARA SUBSTITUICAO TOTAL DE QUADRIL | _ 1 | , | _ 1 | | |
| 80044680220 | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | _ _ _ _ | | | |
| 2- 72466901 | | L MOBILITY - 110024462: REVESTIMENTO A | _ 1 | , | _ 1 | | |
| 80044680251 | ARTHROM COMER | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ | _ | | | |
| 3- 72208619 | | PARA SUBSTITUICAO TOTAL DE QUADRIL | 2 | , | _ 2 | | |
| 80044680220 | ARTHROM COMER | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ | _ | | | |
| 4- 72466740 | SISTEMA DE QUADRIL DUA | L MOBILITY - XL-200146: SUPORTE DUAL M | <u> </u> | , | _ 1 | | |
| 80044680251 | ARTHROM COMER | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | _ | | | |
| 5- 74898680 | COMPONENTE FEMORAL P. | ARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-81 | <u> </u> 1 | , | _ 1 _ , | | |
| 80044680261 | ARTHROM COMER | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | _ | | | |
| 6- 00 72397888 | CIMENTO OSSEO PARA OR | TOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G | _ 3 | , | _ 3 _ , | | |
| 10243070062 | ARTHROM COMER | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ | _ | | | |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | | |
| resa / Titular: UNIMED DÓ I | ESTADO DO PARANA | NFORME UNIMED DE ORIGEM ****** REFERENT | | | OPSITES PAGOS EM CONTA HOSPITALAR / Emp | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | | 28 - Assinatura do | Responsável pela Autorização | | | |



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

| · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | mero da Guia Referen | | 4 - Senha | | | 5 - Data da Autorização | 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Op | | |
|--|------------------------|--------------------------|--|-----------------------|--|---|--|--------------------------------|--|
| 343269 | | 95863044 | | | 95863044 | 19/07/2024 11:44 | | 95863044 | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | - | 29 - Nome Social | | | | | | | |
| 9750000017124789 | | | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | | | |
| RUTH KIIKO HAYASHI | | | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solicitante | | | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone | | | | | | 1 - E-mail | | | |
| RAFAEL LEITE DE PINHO T | AVARES | | | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica DORES NO QUADRIL DORES NO QUADRIL AUTORIZADO CONFORME UNII | MED DE ORIGEM * | ***** REFERENTE AOS MA | TERIAIS 1 KIT CAMPO | DESCARTAVEL/ 2 OPSITE | S PAGOS EM CON | TA HOSPITALAR | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do Materia | l 15 - l | Descrição | | | | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | citado 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitário Autorizado | |
| 21 - Registro ANVISA do Material | 001 | 22 - Referência do mater | | 47.0004 | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento | 1 4 | | |
| 7- 00737470 80693380005 | CO | NJUNTO CIMENTACAO PI | RESSURIZACAO 608.0 RIO DE IMPLANTESOR | | | _ , | _ 1 | , | |
| 8- 74972146 | CAF | BECAS FEMORAIS METAI | | | | | 1 | _ , | |
| 80044680328 | 5 7.2 | | IO DE IMPLANTESOR | | <u> </u> | | _ı · | 1-1-1-1-171-1-1 | |
| 9- | _ _ _ | | | | | | _ | , | |
| | _ _ _ | | _ _ _ _ | | | | | | |
| 10- _ _ | _ _ _ | | | | | _ | _ | _ _ _ , | |
| | _ _ _ | | _ _ | _ _ _ | | _ _ _ _ | _ _ | | |
| 11- | _ _ _ | | | | | _ | _ | , | |
| | _ _ _ | | | | | _ _ _ _ | _ | | |
| 12- | _ _ _ | | | | | | _ | _ _ , _ | |
| 24 - Especificação do Material | | | <u> </u> | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa | | 07/2024 /AUTORIZADO CON | IFORME UNIMED DE OF | RIGEM ****** REFERENT | E AOS MATERIAIS | 1 KIT CAMPO DESCARTAVEL/ 2 | OPSITES PAGOS EM C | CONTA HOSPITALAR / Emp | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pro | ofissional Solicitante | | | 28 - Assinatura d | o Responsável pela Autorização | | | |