

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91783963

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Númer	o da Guia A	tribuído pe	la Operac	dora								
343269								9178	83963				
4 - Data da Autorização 06/07/2023	- 11	5 - Senha	0179	83963	6 - Data de Va		Senha 709/2023						
Dados do Beneficiário	13.43		9170	03903		11/	03/2023						
7 - Número da Carteira				8 - Vali	dade da Cartei	ra	9 -	Atendiment	o de RN				
1170000001809944								N					
50 - Nome Social													
10 - Nome													
ANITA ROMERO B	ORGES												
	Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operador 78.613.841/0001-61	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA												
14 - Nome do Profissiona		e						elho Profiss		16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
RAFAEL LEITE DE	PINHO 1	TAVARES	3				06			23538		41	225270
Dados do Hospital / Lo				-	1/1 10 11 11						1104 5 4		~
19 - Código na Operador 78.613.841/0001-61		11			I / Local Solicita VANGELICA		FICENTE	DE LON	DRINA		11	a sugerida p 2023 07:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimen	to 23 - T	Fipo de Interr	nação 24	4 - Regime	e de Internação	25 - C	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OF	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
1		С			1		1			S			
28 - Indicação Clínica DOR INTENSA NO QU	JADRIL ES	SQ											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			(2) (opciona	opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou 9			oença relacionada)	
Procedimentos ou Iten			tados										
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1 - 22 30724058 ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA 1 1 1 1 1 1 1 1 1													
Dados da autorização 20. Dato provível do Admissão bessitator 40. Otdo Diórico Autorizados 41. Tipo do Acomodosão autorizado													
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1 1													
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792													
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 06/07/2023 /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 Responsável pela Autorização													



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha			1 11	6 - Número da Guia atribuíd	
343269		91783963			91783963	06/07/2023 15:45		91783963
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
1170000001809944								
8 - Nome								
ANITA ROMERO BOR								
Dados do Profissional Solid								
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone					11	- E-mail		
RAFAEL LEITE DE PIN	NHO TAVARES							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica MATERIAIS DOR INTENSA NO QUAD AUTORIZADO CONFORM								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição	2-1			. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	tado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mat 1- 71802398		22 - Referência do mater			23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1	,
			CIO DE IMPLANTESORTOP	•-	_ ' 		. '	- - -
2- 74900994	CUE		ALICA ZIMMER - 00-6200-0		1 1		1	,
80044680269	00.		CIO DE IMPLANTESORTOP					I
3- 74898957	CUF		ALICA ZIMMER - 00-6200-0		1 1		1	
80044680269		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOP	PEDICOSLTDA	 		•	1
4- 73996475	HAS	STES FEMORAIS CIMENT	ADAS - 00-8114-002-10	L	_ 1	_ _ _	. 1	
80044680303		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOP	PEDICOSLTDA				
5- 74972308	CAE	BECAS FEMORAIS META	LICAS - 32-8018-022-20 - C	ABECA FEMORA	_ 1	,	1	,
80044680328		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOP	PEDICOSLTDA		_		
6- 00 72397888	CIM	ENTO OSSEO PARA OR	TOPEDIA G1 VISCOSIDAD	E STANDARD - G	_ 2	,	. 2	,
10243070062		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOP	PEDICOSLTDA				
24 - Especificação do Materia	ı							
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)	3378-1000 / Emitido em 06/0	07/2023 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGE	EM / Empresa / Titular: U	NIMED NORTE PI	ONEIRO COOPERATIVA DE TRA	BALHO MEDICO	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
	11				11			



Unimed A

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

· 11	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269	917839	63	91783963	06/07/2023 15:45	91783963			
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
1170000001809944								
8 - Nome								
ANITA ROMERO BORG								
Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail								
RAFAEL LEITE DE PINI		10 - Telefolie		1 - E-IIIdii				
Dados da cirurgia	IO TAVAILEO							
12 - Justificativa técnica								
MATERIAIS								
DOR INTENSA NO QUADRI AUTORIZADO CONFORME								
AUTURIZADO CONFORIME	UNIMED DE ORIGEW							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mater		naterial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização		citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado			
7- 00642339		O POR PRESSURIZACAO 805002	<u> 1</u>	_ _ _ ,	_ 1 _ _ , _			
80743230039	ARTHROM COM	ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	A _ _ _					
8- 00687022		R 6,5X30MM 00-6250-065-30	2	,	_ 2 _ _ , _			
80044680308	ARTHROM COM	ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	A _ _ _					
9-				_				
	-	_ _ _ _ _		_ _ _ _				
10- _ <u> </u>					_			
11-								
	 -				_ _			
12-	<u> </u>		_ _	_	_			
		_ _ _ _ _	_ _ _ _		_ _			
24 - Especificação do Material								
25.01								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 06/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO								
00. Data to 0.11 11 7	107 4 11 11 11 11 11 11 11 11		los A · · ·	· David And And And And And And And And And An				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização				