

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93836686

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núm	nero da Guia Atr	buído pela Opera	dora		0207	2000				
		II. Carba		C Data da Vali	dada da Casha	7 9303	36686				
4 - Data da Autorizaçã 23/01/20		5 - Senha	93836686	6 - Data de Valid	01/04/202	4					
Dados do Beneficiár	io										
7 - Número da Carteir			8 - Va	lidade da Carteira		- Atendiment					
99420622620070	09					N					
50 - Nome Social											,
10 - Nome MARLI DA SILVA	\										
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Opera 78.613.841/0001-			13 - Nome do C	ontratado AO EVANGELI	ICA BENEFIC	ENTE DE L	.ONDR	INA			
14 - Nome do Profission					15 - Co	nselho Profissi	ional	16 - Número do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital /			da Internação					32301][7'	223270
19 - Código na Opera			,	al / Local Solicitad	0			1	21 - Data	a sugerida p	para Internação
78.613.841/0001-	61	AS	SOCIACAO E	VANGELICA		E DE LON	DRINA		1	2024 00:0	-
22 - Caráter do Atendin	nento 23	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtde. Diári		26 - Pr	evisão de uso de OPN S	ИЕ 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica ALTERACAO DE EX	/FOL/TAX										
							. 1				
29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID 10(2) (opcional)	1 - CID 10(3) (opc	cional) 32 - C	D 10(4) (opcio	nai)	33 - Indicação de Ad	cidente (a	9	loença relacionada)
Procedimentos ou It											
	ódigo do Pr 2026	rocedimento	36 - Descrição ENXERTO C	SSEO					37 1	' - Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut. 1
	7167				ULARES AO	NIVEL DO C	MBRO	- TRATAMENTO			1
3- 22 3071	7027		ARTROPLA	STIA ESCAPU	LO UMERAL	OM IMPLA	NTE - 1	TRATAMENTO C	IR 1		1
4- 18 6000	0384			ACOMPANHAN		EICAO CON	/IPLET	A	1		1
5- 18 6000	0554		DIARIA DE	APARTAMENT	TO SIMPLES				1		1
6- 7- _ _	_	_							-	_	
		- 							- 	_ll _l	
9- _	 _									_ _	
10-	_,,,_ _								i_	_,, _	
11- _	_	_							_	_	
12- _	_ _	_							_	_	_
Dados da autorização											
39 - Data provável da	Admissão h	nospitalar 40	· Qtde Diárias Aut 1	orizadas 41	- Tipo de Acomo	ação autorizad	da				
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 23/01/2024 / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A											
46 - Data da Solicitaçã	io	47 - Assina	atura do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatura d	Beneficiário o	ou Respo	onsável 49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

· II	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora
343269		93836686		93836686	23/01/2024 15:53	93836686
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social				
9942062262007009						
8 - Nome						
MARLI DA SILVA						
Dados do Profissional Solici						
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	1 - E-mail	
BRUNO BOSIO DA SIL	VA					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica ALTERACAO DE EXECUTA ALTERACAO DE EXECUTA						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	
1- 00 78891213 80083650084	SU		1ADA SUTURFIX - 0234151-090 - SUTURFIX CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	, <u> </u>	_ ,	_ 3
2- 71992251	OB.		CK BLOCO DE 2 CM X 2 CM X 1,3 CM	_ _ _ _ 1		1
80696930008	OK .		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_
3- 74885103	SIS		RSO COMPREHENSIVE - 115395 PARAFUS	D I I 1		_ 1
80044680228		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _		
4- 74884506	SIS	TEMA DE OMBRO REVER	RSO COMPREHENSIVE - 180557 PARAFUS	0 _ 1	_ _ _ ,	_ 1 _ _ , _
80044680228		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _		
5- 00 72397888	CIM	ENTO OSSEO PARA OR	TOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - 0	G _ 1	,	_ 1 _ ,
10243070062			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _		
6- 74885006 80044680228	SIS		RSO COMPREHENSIVE - XL-115363 INSERT CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	「 <u> </u> 1	_ , ,	_ 1
		ARTHROW COWER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLIDA			
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	378-1000 / Emitido em 23/	01/2024 / Empresa / Titular	UNIMED SEGURADORA S/A			
	2. 2 . 333 , 2/mago om 20/		223 0200.0.20.0.000			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização	



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora
343269		93836686		93836686	23/01/2024 15:53	938366
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social				
9942062262007009						
8 - Nome						
MARLI DA SILVA						
Dados do Profissional Solicita			V =			
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	1	1 - E-mail	
BRUNO BOSIO DA SILV	'A					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica ALTERACAO DE EXECUTA ALTERACAO DE EXECUTA						
OPME Solicitadas		- · ·		10.0 17.0:	0 11 11 10 11 11 11 11 11 11	
13 - Tabela 14 - Código do Ma 21 - Registro ANVISA do Materi		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricante		ie. Solicitada 18 - Valor Unitario Soli o de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autoriza
7- 00934780	SIS	TEMA OMBRO REVERSO	COMPREHENSIVE PLACA BASE EST	ENDI _ 1	_ _ , _	_ 1 <u> </u>
80044680228		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI	DA _ _ _		
8- 74865641	SIS		REHENSIVE - 113650 - HASTE UMERA		_ _ _ ,	_ 1
80044680117			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI			
9- 74884867 80044680228	SIS		SO COMPREHENSIVE - 115313 GLEN	I—I		_ 1
10- 00936391	cic.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI COMPREHENSIVE BANDEJA UMERA			1 1 1 1 1 1 1 1 1
80044680228	313		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI		-	_ 1
11-		7.11.11.10.11. GG.III.2.11.	710 DE 11111 E7111 E0011 OF ED1000E11			_
						_ _ _ _ _
12-				_ _	_	_
			 _ _ _ _ _ _ _ _ 			_ _
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	78-1000 / Emitido em 23/	01/2024 / Empresa / Titular:	UNIMED SEGURADORA S/A			
		,				
				1		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização	