

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94495283

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia A	Atribuído pela Opera	idora			\neg			
343269	rumoro da Cula r	a.a.a poia opoia			9449528	33			
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid						
21/03/2024 14	:06	94495283		20/05/2024					
Dados do Beneficiário		10.34	l' la la la Ocatalia		Ata Parata I	DN			
7 - Número da Carteira 0050000062803100		t t	lidade da Carteira 3/2026	9-	Atendimento de N	KN			
50 - Nome Social		0.700	J/LULU						
Trome Social									
10 - Nome									
GREISKA LUIS DE OL	IVEIR								
Dados do Contratado Solid	citante								
12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19		13 - Nome do C		CASA DE LONI	DINA				
14 - Nome do Profissional So	licitante	IKWIANDADI	E DA SANTA C			16 - Número do C	oneelho	17 - UF	18 - Código CBO
MAURICIO RODRIGUE				06	† †		onsemo	41	225270
Dados do Hospital / Local 3		s da Internação							
19 - Código na Operadora / C		0 - Nome do Hospita	al / Local Solicitado	<u> </u>			21 - Data	sugerida p	ara Internação
78.614.971/0001-19	IF	RMANDADE DA	A SANTA CAS	A DE LONDRIN	NA .		01/04/20	024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Interi	nação 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26	- Previsão de uso de OF	27 - Pi	revisão de ι	uso de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica	С		1	3		S			N
29 - CID 10 Principal (opcional M190	30 - CID 10 M190	0(2) (opcional) 3	11 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	Acidente (aci		oença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solici	itados							
34 - Tabela 35 - Código of	lo Procedimento	DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2 LE	TOS COM BA	DE QUADRIL) - TRA	ATA 2	_ _	c. 38 - Qtde. Aut. 2 3
Dodgo do autorização	_							I	III
Dados da autorização 39 - Data provável da Admiss	são hospitalar 4	0 - Qtde Diárias Aut	orizadas 41 -	- Tipo de Acomoda	ção autorizada				
	,	3	1	,					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNI 78.614.971/0001-19 IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA 2580055							44 - Código CNES 2580055		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 21/03/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS MUNICIPIOS MEDIO PARANAPANEMA AMEPAR 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização									



Unimed A

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

					5 - Data da Autorização	_			
1 - Registro ANS	1		4 - Senha			6 - Número da Guia atrit	nero da Guia atribuído pela Operadora		
343269		94495283		94495283	21/03/2024 14:06		94495283		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000062803100									
8 - Nome									
GREISKA LUIS DE OLI	VEIR								
Dados do Profissional Solic	itante								
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail				
MAURICIO RODRIGUE	S MIYASAKI								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica DOR NOS QUADRIS/ARTF DOR NOS QUADRISARTR									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do I	Material 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtd	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autoriza	da 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		ial no fabricante	23 - Nº Autorização						
1- 00 74004093	CAE		RAMICA ZIMMER - 00-8775-032-01	2	,	_ 2	,		
80044680330		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _					
2- 00 74899910	CUF		ALICA ZIMMER - 00-8753-048-01 - CUPULA	_ 2	_ _ _ ,	_ 2	,		
80044680269			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _				
3- 00 73984736	ACE		MPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8	2		_ 2	,		
80044680259			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
4- 00 73993514	CO	ARES CERAMICOS - 00-8775-008-32	<u> 2 </u>		_ 2	,			
80044680286			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
5- 00 73997463 80044680304	HAS		MENTADA - 00-7711-009-20 BIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> 2</u>		_ 2	,		
6-		AKTHROW COWERC	TO DE IMPLANTESON TOPEDICOSETDA				_ _ , _		
	 					-l	IIIII		
24 - Especificação do Material									
, ,									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3	373-1500 / Emitido em 21/0	03/2024 / Empresa / Titular: A	ASSOCIACAO DOS MUNICIPIOS MEDIO PARAN	IAPANEMA AMEPAR					
26. Data da Caliaitacă -	27 Aggingture de De	oficeianal Calicitants		20 Appingture d	- Beananaáual nala Autoriza - ≅ -				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	Diissionai Soiicitante		∥ ∠ŏ - Assinatura de	o Responsável pela Autorização				