

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94373063

(Via HOSPITAL)

- Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94373063							2062				
						94373063					
4 - Data da Autorização 12/03/2024 08:25		5 - Senha <b>94373063</b>		6 - Data de Valid	13/05/2024						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Val	lidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN				
9750000016493497						N					
50 - Nome Social											
10 - Nome JOAO ROSA SOUZA											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19			13 - Nome do Co	ontratado E DA SANTA (	CASA DE LON	DRINA					
14 - Nome do Profissional  MAURICIO RODRIG					15 - Con	15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número do Conselho 24650		17 - UF 18 - Código CBO 41 225270	
Dados do Hospital / Loc			da Internação								
19 - Código na Operadora			•	al / Local Solicitado	)				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
78.614.971/0001-19				A SANTA CAS	A DE LONDRI	NA			1	2024 00:0	
22 - Caráter do Atendimento  1	23 -	Tipo de Internaç	ção 24 - Regim	e de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPN <b>S</b>	ЛЕ    27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico  N
28 - Indicação Clínica DOR NO QUADRIL DIR											
29 - 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	
Procedimentos ou Itens  34 - Tabela 35 - Códig		cedimento							27	Otdo Coli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 3072405 2- 18 6000080 3-	8		ARTROPLAS DIARIA DE	•	ETIVO DE 2 LE	ITOS COM	BANH	QUADRIL) - TRA	TA 1		1 1 1
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adm	issão ho	spitalar    40 -	Qtde Diárias Aut	orizadas 41 ·	- Tipo de Acomoda	ição autorizad	la				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 12/03/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARA NA  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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referen	ciada <b>94373063</b>	4 - Senha	94373063	5 - Data da Autorização 12/03/2024 08:25	6 - Número da Guia atribuído p	pela Operadora 94373063					
		94373063		94373003	12/03/2024 06:25		94373063					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social										
975000016493497		29 - Nome Social										
8 - Nome												
JOAO ROSA SOUZA  Dados do Profissional Solicitante												
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	114	1 - E-mail							
MAURICIO RODRIGUES			To - Telefolie		11 - E-111dii							
	WILLAGARI											
Dados da cirurgia  12 - Justificativa técnica												
DOR NO QUADRIL DIREITO DOR NO QUADRIL DIREITO AUTORIZADO CONFORME	EXAME DEMOSTRA AF	RTROSE AVANÇADA RTROSE AVANÇADA										
OPME Solicitadas												
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mater		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado					
1- <b>00 74899910</b>			ALICA ZIMMER - 00-8753-048-01 - CUP	•		1						
80044680269		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	A   _		_,						
2- 73997463 HASTES FEMORAIS NAO CII			MENTADA - 00-7711-009-20	<u> _ </u> 1	_ _ _ ,	_  1	,					
80044680304		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	A  _ _ _								
			IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER	•—-•	,	_  1	,					
80044680259 ARTHROM COMERC			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	A  _ _ _								
			ERAMICA ZIMMER - 00-8775-032-01	1		_  1	,					
80044680330	0111		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD	111	_ _ _ _							
5- <b>00506605</b> <b>80005430445</b>	CIM		CO SIMPLEX DOSE TOTAL 20ML LIQ. CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD		_  ,	_  1	,					
6-		AKTHROW COWER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLIL	A  _ _ _ _ .	_ _ _ _		,					
	·     					_	,					
24 - Especificação do Material		IIIII		1-1-1-1-1-1								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	73-1500 / Emitido em 12/	03/2024 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empre	sa / Titular: UNIMED DO EST	ADO DO PARANA							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização							