

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94641500
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 04/04/2024 08:46	5 - Senha 94641500	6 - Data de Validade da Senha 14/06/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 8650001198328006	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome
LEANDRO FABIO DA SILVA

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61	13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante TOMAS SEIBEL	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 36495	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
--	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 78.613.841/0001-61	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	21 - Data sugerida para Internação 13/04/2024 00:00			
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N

28 - Indicação Clínica
SOLTURA DO COMPONENTE FEMORAL COM ABSORÇÃO OSSEA DO FEMUR

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 Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30710049	RETIRADA DE PROTESES DE SUBSTITUICAO DE PEQUENAS ARTICULACO	1	1
2- 22	30724058	ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA	1	1
3- 22	30713048	ENXERTOS EM OUTRAS PSEUDARTROSES	1	1
4- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	44 - Código CNES 2550792
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 04/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO OPME OPSITE - insumo hospitalar. / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL			
--	--	--	--

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---



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

2 - Nº Guia no Prestador 94641500

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94641500	4 - Senha 94641500	5 - Data da Autorização 04/04/2024 08:46	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94641500
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 8650001198328006	29 - Nome Social LEANDRO FABIO DA SILVA

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante TOMAS SEIBEL	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica SOLTURA DO COMPONENTE FEMORAL COM ABSORÇÃO OSSEA DO FEMUR SOLTURA DO COMPONENTE FEMORAL COM ABSORÇÃO OSSEA DO FEMUR AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO OPME OPSITE - insumo hospitalar.	

OPME Solicitadas					
13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 80044680259	73981990	ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1	
2- 80044680330	74003976	CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-028-02 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1	
3- 80175510058	74326210	ACETABULO POLIETILENO CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-25 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	3	3	
4- 80044680289	00 77703154	COMPONENTE ACETABULAR METAL TRABECULAR EM TANTALO - ZI ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1	
5-					
6-					

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 04/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO OPME OPSITE - insumo hospitalar. / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA C ENTRAL		
--	--	--

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---