

89705365





Unimed At Londrina

_|__|/|__|_|/|__|__|

1 - Registro ANS	3 - Número da Gu		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·							
343269	I E Canha	<u> </u>	39705365	C Data da V	lidada da Canha	_				
4 - Data da Autorização 29/12/2022 15:	11	5 - Senha 6 - Data de Va			27/02/202	23				
Dados do Beneficiário			33733333		217027207					
7 - Numero da Carteira					9 - Atendimento	de RN				
0050000040349805	0050000040349805 05/11/2024				N					
10 - Nome						11 - Cartão Nac		le		
LINCON DA SILVA VIEIRA 700804922372390										
Dados do Contratado Solicitanto 12 - Código na Operadora		13 - Nome d	do Contratado							
10.246.214/0001-04										
						18 - Código CBO 225270				
Dados do Hospital / Local Solici	tado / Dados da Inte	ernação								
19 - Código na Operadora / CN	PJ 20	- Nome do Hos	spital / Local Solicitado					21 - Data s	ugerida pat	a Internação
10.246.214/0001-04	U	NIORT E O	RTOPEDIA ESPE	CIALIZADA	LTDA					
22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Intern	ação 24 - R	Regime de internação	25 - Qtde. dia	árias Solicitadas 3	26 - Previs	são de uso de OP	ME 27 - Pr	27 - Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica	•					•				
DORES EM QUADRIL										
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10(2)	(opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4)	(opcional) 33 -	- Indicação d	de Acidente (acide	-	a relaciona	da)
M199								9		
Procedimentos ou Itens Assiste			-							
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30724058	Procedimento	36 - Descri	^{çao} PLASTIA (QUALQ	UER TECN	ICA OU VERS	SAO DE	QUADRIL) -			olic. 38 - Qtde. Aut.
2- 18 60000805			DE QUARTO COL						3	3
3-	_ _ _									
4-	_ _ _								_ _ _	.
5-									_ _	
!!!	_ _ _								_ _ 	
6-	_ _ _ _ _ _ _ _ _								_ _ _ _ 	.
!!!									_ _ _ _	
6-										
6-										
6-										
6-										
6-	hospitalar 40	- Qtde Diarias	Autorizadas 41 - Tipo	de acomodaçã	o autorizada					
6-		- Qtde Diarias	1	de acomodaçã	o autorizada					
6-		3 43 - Nome d	11	ado						
6-	PJ autorizado	43 - Nome d	do Hospital / Local Autoriz	ado SPECIALIZA	ADA LTDA					6528104
6-	PJ autorizado	43 - Nome d UNIORT	do Hospital / Local Autoriz E ORTOPEDIA ES Z ANGELICA em 29/	ado SPECIALIZA 12/2022 /****	ADA LTDA	•LIDA SOI	MENTE PARA	AS DESPE	SAS HOS sa / Titula	6528104 PITALARES E AN
6-	PJ autorizado 3372-0900 / Emiti DS MEDICOS PO	43 - Nome d UNIORT	do Hospital / Local Autoriz E ORTOPEDIA ES Z ANGELICA em 29/	ado SPECIALIZA 12/2022 /****	ADA LTDA	•LIDA SOI	MENTE PARA TA HOPSITALA	AS DESPE	SAS HOS	6528104 PITALARES E AN
6-	PJ autorizado 3372-0900 / Emiti DS MEDICOS PO	43 - Nome d UNIORT	do Hospital / Local Autoriz E ORTOPEDIA ES Z ANGELICA em 29/	ado SPECIALIZA 12/2022 /****	ADA LTDA	•LIDA SOI •EM CON	MENTE PARA TA HOPSITAL	AS DESPE AR / Empre	SAS HOS	6528104 PITALARES E AN





ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2-Nº 89705365 MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora	
343269		89705365		89705365	29/12/2022 15:27	89705365	
Dados do Beneficiário							
7 - Numero da Carteira		8 - Nome					
0050000040349805		LINCON DA SILVA VIE	EIRA				
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
WALTER TAKI							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica ANEXO DORES EM QUADRIL ************************************	DMENTE PARA AS DESPE	ESAS HOSPITALARES E A	NESTESISTA. HONOR•RIOS MEDICOS POR CONTA I	DO CLIENTE ***	*******OPSITE - MATERIAL PAGO	DEM CONTA HOPSITALAR	
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Ito	m 15 - E	Descrição		16 - Opcão 17 - 0	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do materi		,	22 - Referência do material no fal			23 - Nº Autorização de Funcionamento	
1- 00 74900994	CUF	PULA ACETABULAR M	ETALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPULA A	\ _ 1	ارا ـــاــــاــــا	1	
80044680269		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORT		,,,, I		
2- 00 00614327	CON		CAO POR PRESSURIZACAO 805002				
10395270061	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		COO DE IMPLANTESORT	 	111 ¹ 1		
3- 00 72397888	CIM		ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G2			-	
10243070062	O.M.		CIO DE IMPLANTESORT	· <u> </u>	 		
4- 00 00131237	DEG		MM 04.32.01.00015 / 09.32.01.00015		- 		
	KES			'			
10417940039	CIC:		CCIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		- 		
5- 00660108	313		ON PULSE 2500D-DPL-ST01Z-CT02Z	¹		_ _	
81207919001			CCIO DE IMPLANTESORT				
6- 74004018	CAE		CERAMICA ZIMMER - 00-8775-028-01	_ 1	إ.اــــاــــاــــا		
80044680330		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		l_		
24 - Especificação do material 25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3 ESTESISTA. HONOR•RIC SENTACOES COMERCIAI	S MEDICOS POR CONTA	RUZ_ANGELICA em 29/12/2 DO CLIENTE **********	2022 /************ GUIA V•LIDA SOMENTE PARA AS DES SITE - MATERIAL PAGO EM CONTA HOPSITALAR / Em	SPESAS HOSPIT npresa / Titular: E	TALARES E AN E COM REPRE		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profi	ssional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		



89705365



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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	1	4 - Senna		5 - Data da Autorização	6 - Numero da Guia atribuido pela Operadora
343269	89705365			89705365	29/12/2022 15:27	8970536
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira		8 - Nome				
0050000040349805		LINCON DA SILVA VIE	EIRA			
Dados do Profissional Solicitant	9					
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	11	I - E-mail	
WALTER TAKI						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica ANEXO DORES EM QUADRIL ************************************	OMENTE PARA AS DESPI	ESAS HOSPITALARES E A	NESTESISTA. HONORÕRIOS MEDICOS POR CONTA	DO CLIENTE ****	*******OPSITE - MATERIAL PAGO	DEM CONTA HOPSITALAR
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do Ito	em 15 - I	Descrição		16 - Opcão 17 - 0	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizad
21 - Registro ANVISA do materi		5000.i.şub	22 - Referência do material no fal			23 - № Autorização de Funcionamento
7- 00 71802398	ACI	ETABULOS CIMENTAD	OS ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO ACE	≣ 1	,	_ _ 1 <u> , </u>
80023450092		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORT		1	
8- 73983683	ΔCI		O IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-87	7 1		
80044680259	70			' '	III'1	
		AKTHKOW COWER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>			
9-				- .		
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_				!!!!!!! !!	
10- _				_	,	
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_				<u> </u>	 _ _ _ _
11- _				_	_ _ _ ,	
	_				!!! ! ! ! ! !	 _ _ _ _
12-				_	,	_ _
	_				<u> _ _ _ _ _ _ </u>	_ _ _ _
24 - Especificação do material						
25 - Observações / Justificativa						
ESTESISTA. HONORÕRIO	OS MEDICOS POR CONTA	RUZ_ANGELICA em 29/12/2 A DO CLIENTE ********OPS	2022 /*********** GUIA VÕLIDA SOMENTE PARA AS DES BITE - MATERIAL PAGO EM CONTA HOPSITALAR / En	SPESAS HOSPIT npresa / Titular: E	ALARES E AN COM REPRE	
SENTACOES COMERCIAI	S EIRELI					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	issional Solicitanto	11	28 - Assinatura da	Responsável pela Autorização	
ĺ	27 - Assinatura do Prof	issional Suicitante		Zo - Assinatura do	Responsável pela Autorização	
/ / / _	-I					