



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94645911**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94645911
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 04/04/2024 11:14	5 - Senha 94645911	6 - Data de Validade da Senha 15/06/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9942368288108005	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome JOSE LOPES

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 RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 23538	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 26/04/2024 07:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 3	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica DORES EM QUADRIL EVOLUINDO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL

29 - CID 10 Principal (opcional) M199	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	30724058	ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA	1	1
2- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
3- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	1	1
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 12
---	---	---

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 / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A
--

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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94645911	4 - Senha 94645911	5 - Data da Autorização 04/04/2024 11:14	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94645911
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9942368288108005	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

JOSE LOPES

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

EM ANEXO

DORES EM QUADRIL EVOLUINDO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL

OPME Solicitadas

13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material	14 - Código do Material	15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 80175510058	74327860	ACETABULO POLIETILENO CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-20 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ 2	2	_ _ _ _ , _ _ _ 2	2	_ _ _ _ , _ _ _
2- 10417940039	73302295	HASTE CIMENTADA - 04.32.01.00024 - RESTRITOR PARA CIMENTO 24 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ 1	1	_ _ _ _ , _ _ _ 1	1	_ _ _ _ , _ _ _
3- 80044680259	00 73984736	ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ 1	1	_ _ _ _ , _ _ _ 1	1	_ _ _ _ , _ _ _
4- 80044680269	00 74900889	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-8753-052-01 - CUPULA ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ 1	1	_ _ _ _ , _ _ _ 1	1	_ _ _ _ , _ _ _
5- 80044680261	00 74898680	COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-81 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ 1	1	_ _ _ _ , _ _ _ 1	1	_ _ _ _ , _ _ _
6- 80044680330	00 74004379	CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ 1	1	_ _ _ _ , _ _ _ 1	1	_ _ _ _ , _ _ _

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 04/04/2024 / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização



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

2 - Nº Guia no Prestador 94645911

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94645911	4 - Senha 94645911	5 - Data da Autorização 04/04/2024 11:14	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94645911
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9942368288108005	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome
JOSE LOPES

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
EM ANEXO
DORES EM QUADRIL EVOLUINDO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento				
7- 00	72397888	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G		2		2	
	10243070062	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
8- 00	00737470	CONJUNTO CIMENTACAO PRESSURIZACAO 608.017.00001		1		1	
	80693380005	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
9-							
10-							
11-							
12-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 04/04/2024 / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A

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