



2 - N° **000093533563**  
Atend. 0000000-00

Pág.: 2 de 2

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>000093533563</b>	4 - Senha <b>000093533563</b>	5 - Data da Autorização <b>18/12/2023</b>	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>000093533563</b>
-----------------------------------	--	----------------------------------	--	--

### Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0320000006518486 - Titular</b>	8 - Nome <b>MARIA SZKILNYJ PARUBOTCHEY</b>
---	---

### Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante <b>RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES</b>	10 - Telefone	11 - E-mail	
--	---------------	-------------	---

### Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica

**VSOLTURA DE PROTESE DE QUADRIL COM PERDA OSSEA**  
**SOLTURA DE PROTESE DE QUADRIL COM PERDA OSSEA**

### Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

[illegible]

## 24 - Especificação do Material

24 - Especificação do Material
--------------------------------

## 25 - Observação / Justificativa

Protocolo: 30470120231218900774 Telefone Contratado: (43)3378-1000 / \*\*\*\*\* DE LONDRINA. \*\*\*\*\* AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM POR DETERMINAÇÃO LIMINAR JUDICIAL PROFERIDA SOB AUTOS N 0069743-34.2023.8.16.0014 NA 1 VARA CÍVEL  
 Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

26 - Data da Solicitação <b>18/12/2023</b>	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	---

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E  
MATERIAIS ESPECIAIS - OPME2 - Nº 000093533563  
Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 2

1 - Registro ANS  
3432693 - Número da Guia Referenciada  
0000935335634 - Senha  
0000935335635 - Data da Autorização  
18/12/20236 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
000093533563

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira  
0320000006518486 - Titular8 - Nome  
MARIA SZKILNYJ PARUBOTCHEY

## 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

VSOLTURA DE PROTESE DE QUADRIL COM PERDA OSSEA  
SOLTURA DE PROTESE DE QUADRIL COM PERDA OSSEA

## Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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					
00	00613282	OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989	_	2	_ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _
80804050002			_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
00	72886749	PROTESE FEMURAL PARA QUADRIL SEM CIMENTO - 100101914	_	1	_ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _
80044680371		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
00	73226513	FIO PARA SUTURA E SINTESE OSSEA - CABO PARA CERCLAGEM COM	_	1	_ _ _ _ _ _ _	5	_ _ _ _ _ _ _
10223710073		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
00	73987905	ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
80044680259		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
00	74326546	ACETABULO POLIETILENO CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-30	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
80175510058		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
00	74900404	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-8753-070-01 - CUPULA	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Protocolo: 30470120231218900774 Telefone Contratado: (43)3378-1000 / \*\*\*\*\* AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM POR DETERMINAÇÃO LIMINAR JUDICIAL PROFERIDA SOB AUTOS N 0069743-34.2023.8.16.0014 NA 1 VARA CÍVEL DE LONDRINA. \*\*\*\*\*

Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

26 - Data da Solicitação  
18/12/2023

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Ayrton Senna Da Silva  
Londrina - PR  
CEP 86050-460  
Fone: (43)3375-6161  
www.unimedlondrina.com.br

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - N° de guia no prestador **000093533563**

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - N° da guia Atribuído pela Operadora <b>000093533563</b>									
4 - Data da Autorização <b>18/12/2023</b>		5 - Senha <b>000093533563</b>		6 - Data de validade da Senha <b>16/02/2024</b>							
Dados do Beneficiário / Paciente											
7 - Número da Carteira <b>0320000006518486 - Titular</b>		8 - Validade da carteira <b>01/2023</b>		9 - Atendimento a RN <b>N</b>							
10 - Nome completo <b>MARIA SZKILNYJ PARUBOTCHEY</b>				11 - Número do Cartão Nacional de Saúde <b>700502939528055</b>							
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>78.613.841/0001-61</b>		13 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>									
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número no Conselho <b>23538</b>		17 - UF <b>41</b>		18 - Código CBO S <b>225270</b>			
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação											
19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>78.613.841/0001-61</b>		Nome do Hospital/Local Solicitado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>				21 - Data Sugerida para Internação <b>18/12/2023 15:00:00</b>					
22 - Caráter da Internação <b> 1 </b>		23 - Tipo de Internação <b> 2 </b>		24 - Regime de Internação <b> 1 </b>		25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b> 001 </b>		26 - Previsão de uso de OPME <b>     </b>		27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>     </b>	
28 - Indicação clínica <b>SOLTURA DE PROTESE DE QUADRIL COM PERDA OSSEA</b>											
Hipótese Diagnóstica											
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) <b> 9 </b>			
Procedimentos Solicitados											
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		36 - Descrição				37 - Qtde. Solicit.		38 - Qtde. Aut.	
<b>22</b>		<b>30710049</b>		<b>RETIRADA DE PROTESES DE SUBSTITUICAO DE PEQUENAS ARTICULACOES</b>				<b>1</b>		<b>1</b>	
<b>22</b>		<b>30724058</b>		<b>ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) -</b>				<b>1</b>		<b>1</b>	
<b>22</b>		<b>30725151</b>		<b>PSEUDARTROSES E/OU OSTEOTOMIAS - TRATAMENTO CIRURGICO</b>				<b>1</b>		<b>1</b>	
<b>18</b>		<b>60000384</b>		<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>				<b>1</b>		<b>1</b>	
<b>18</b>		<b>60000554</b>		<b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</b>				<b>1</b>		<b>1</b>	
Dados da Autorização											
39 - Data Provável de Admissão Hospitalar <b>18/12/2023 15:00:00</b>		40 - Qtde. Diárias Autorizadas <b> 001 </b>		41 - Tipo da acomodação autorizada <b> 12  APARTAMENTO</b>							
42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>78.613.841/0001-61</b>		43 - Nome do Prestador Autorizado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>								44 - Código CNES <b>2550792</b>	
45 - Observação / Justificativa <b>Protocolo: 30470120231218900774 Telefone Contratado: (43)3378-1000 / ***** AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM POR DETERMINAÇÃO LIMINAR JUDICIAL PROFERIDA SOB AUTOS N 0069743-34.2023.8.16.0014 NA 1 VARA CIVEL DE LONDRINA. ***** Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS</b>											
46 - Data da Solicitação <b>_ / _ / _</b>		47 - Assinatura do profissional solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			