

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95213765

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N	Número da Guia	Atribuído	pela Opera	adora								
343269							9521	3765				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 95213765 6 - Data de Validade d						Senha 07/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000003297570 RN												
0050000003297570 50 - Nome Social			2770	1/2020			IN					
30 Nome docial												
10 - Nome ERCILIA LOPES GONO	CALVES FIR	MIANO										
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 78.614.971/0001-19		11	Nome do C	ontratado E DA SANTA	C 4 S 4 T	DE LONG	DINIA					
14 - Nome do Profissional Sol	icitante	IIVIVI	ANDADI	E DA SANTA	CASA		elho Profissio	nal	16 - Número do (Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
MAURICIO RODRIGUE		I				06	3110 1 10110010	- 11	24650	JOHOGIHO	41	225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	los da Inte	ernação					,,				
19 - Código na Operadora / C	11			al / Local Solicitad		ONDON				11		para Internação
78.614.971/0001-19						LONDRINA				03/06/2024 00:00		
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Q	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pre	visão de uso de Ol	PME 27 - 1	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica DOR NO QUADRIL DIREIT	O ARTROSE	ΔΙ/ΔΝΙΟΔΙ	DA E DER	DA DA REDUC	ÃO DA E	ΡΔΤΙΙΡΔ						
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 Ass											0:1 0	
34 - Tabela 35 - Código do	Procedimento	AR RE	TIRADA I	STIA (QUALQ DE FIOS, PINC QUARTO COL	OS, PAR	AFUSOS DE 2 LEI	OU HAST	ES ME	TALICAS INTE	ATA 1 RA-O 1	- Qtde. So	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada												
1 1												
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.614.971/0001-19 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA								44 - Código CNES 2580055				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 22/05/2024 / Empresa / Titular: ERCILIA LOPES GONCALVES FIRMIANO 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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	nciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	ibuído pela Operadora		
343269		95213765		9521376	11	Trainere da Gaid ain	95213765
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira 0050000003297570		29 - Nome Social					
8 - Nome							
ERCILIA LOPES GONO							
Dados do Profissional Solic							
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone		11 - E-mail		
MAURICIO RODRIGUE	S MIYASAKI						
Dados da cirurgia							
		A E PERDA DA REDUÇÃO D E PERDA DA REDUÇÃO D					
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		de. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli ão de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autoriza	ida 20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 72207655	SIS		PARA SUBSTITUICAO TOTAL DE QU	ı—-		_ 1	,
80044680220			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL				
2- 00 72466901 SISTEMA DE QUADRIL DUAL MOE 80044680251 ARTHROM COMERCIO DI			L MOBILITY - 110024462: REVESTIMI CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	· I—I	-	_ 1	,
			L MOBILITY - XL-200146: SUPORTE I			1	_ _ ,
80044680251				· I—I		_ı ·	I—I—I—I"I—I—I
4- 00 74898361	со		ARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER			1	,
80044680261				.TDA _ _ _		.	
5- 00 73987905	AC	ETABULO POLIETILENO	IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMME	R - 00-8 1	,	_ 1	_ ,
80044680259		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	.TDA _ _ _ _			
6- 00 72397888	CIN	IENTO OSSEO PARA OR	TOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDA	ARD - G 1	,	_ 1	,
10243070062		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	TDA _ _ _			
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	373-1500 / Emitido em 22/	05/2024 / Empresa / Titular:	ERCILIA LOPES GONCALVES FIRMIAN	10			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura	do Responsável pela Autorização		



Unimed A

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

·	3 - Número da Guia Referen	1	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Opera	1			
343269		95213765		95213765	22/05/2024 10:28	95213765				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0050000003297570										
8 - Nome ERCILIA LOPES GONCA	ALVES FIRMIANO									
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	11 - E-mail						
MAURICIO RODRIGUES	MIYASAKI									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica DOR NO QUADRIL DIREITO DOR NO QUADRIL DIREITO)/ ARTROSE AVANÇADA) ARTROSE AVANÇADA	E PERDA DA REDUÇÃO D E PERDA DA REDUÇÃO D	DA FRATURA A FRATURA							
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mater		Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento						
•			RESSURIZACAO 608.017.00001	<u> 1</u>		_ 1	_ ,			
80693380005 ARTHROM COMERCIO DE IMPLA			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _						
			01.00018 - RESTRITOR PARA CIMENTO 18	_ 1	,	_ 1	_ ,			
10417940039 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA										
			PARA SUBSTITUICAO TOTAL DE QUADRIL	1		_ 1 _	_ ,			
80044680220	041		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
10- 74972146 80044680328	CAL		LICAS - 00-8018-028-03 - CABECA FEMORA CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _	_ 1 _ _ _	. ,			
11-		ANTINOW COMEN	SIO DE IMPLANTESONTOPEDICOSETDA							
···	. 	1 1 1 1 1 1								
12-	-,,,,,, -					_,, _	_ ,			
					_ _ _ _					
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 22/05/2024 / Empresa / Titular: ERCILIA LOPES GONCALVES FIRMIANO										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização					