

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95108753

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 95108753 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 14/05/2024 08:12 95108753 22/07/2024 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0320000071969179 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome ANDRE LUIS DOS SANTOS SILVA Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 17 - UF **RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES** 225270 06 23538 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 12/06/2024 10:00 22 - Caráter do Atendimento 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação C 1 1 28 - Indicação Clínica DORES EM QUADRIL DIREITO 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) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA 1- 22 30724058 1 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 2- 18 60000554 4- | | | 6- <u>|</u> 11-12-\_\_\_ |\_\_|\_| I I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 14/05/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora
343269		95108753		95108753	14/05/2024 08:12	95108753
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social						
0320000071969179						
8 - Nome						
ANDRE LUIS DOS SANTOS SILVA						
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone					11 - E-mail	
RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica OPME DORES EM QUADRIL DIREITO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição				16 - Opção 17 - Qt	de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do mater			o de Funcionamento	
1- 00 73983683		ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8				_  1
80044680259		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 00 74898957		CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-048-20 - CUPULA ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_  1
80044680269				-IDA  _ _ _		
3- 00 74004093			RAMICA ZIMMER - 00-8775-032-01	_  1 		_  1
80044680330	001		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSI			
4- 00 74898337	COI		RA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER			_  1
80044680261	CIM		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSI			
5- <b>00 75572974 80802410009</b>	Cilvi		M ANTIBIOTICO - SUBITON - 880200 IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSI		_	_  2  _ _ , _
6- 00 00642339	COL		OR PRESSURIZAÇÃO 805002	-TDA  _ _ _ _		_  1
80743230039	COI		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSI		_  *  -   _  	_  1
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 14/05/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS						
OC. Data da Calialta a	OZ Assissativa U.S.	-final Callatanta		100 A	de Deservatival sele Autorio : "	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	Diissional Solicitante		28 - Assinatura	do Responsável pela Autorização	



2 - Nº Guia no Prestador

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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 95108753 95108753 14/05/2024 08:12 95108753 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0320000071969179 8 - Nome ANDRE LUIS DOS SANTOS SILVA Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica OPME DORES EM QUADRIL DIREITO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM **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 03100367 LAVAGEM PULSATIL WZ-WDS-01 80769979003 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 8- 00 00613282 **OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989** 80804050002 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 14/05/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização