

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92873928

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Númer	ro da Guia A	tribuído	pela Opera	dora								
343269								9287	73928				
4 - Data da Autorização 17/10/2023	11	5 - Senha	92	873928	6 - Data de Va		Senha /12/2023						
Dados do Beneficiário	13.33		J2	.073320			12/2025						
7 - Número da Carteira				8 - Val	dade da Carteir	a	9 -	Atendiment	o de RN				
0370000019087791								N	l				
50 - Nome Social													
10 - Nome													
MARILENA CHUBA													
Dados do Contratado S			142 N	Nome do Co	entrata da								
12 - Código na Operador 78.614.971/0001-19			11		DA SANTA	CASA	DE LONI	RINA					
14 - Nome do Profissiona	I Solicitante	e						elho Profissi	ional	16 - Número do 0	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
MAURICIO RODRIG	SUES MI	IYASAKI				1	06			24650		41	225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solicita	ado / Dados	s da Inte	ernação								1	
19 - Código na Operador		11			I / Local Solicita						11		ara Internação
78.614.971/0001-19				DADE DA	SANTA CA	SA DE I	LONDRIN	IA			1	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimen  1	to 23 - T	Tipo de Interr <b>C</b>	nação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - C	tde. Diárias <b>1</b>	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de Ol	PME 27 -	Previsão de ι	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica dor no quadril esquerdo													
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2			(2) (opcio	) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Itens	s Assisten	ciais Solicit	tados				'						
34 - Tabela   35 - Códi   1- 22   307240   2- 18   600003   3- 18   600005   4-	58 84		AR' DIA	ARIA DE A	ACOMPANHA APARTAMEN	ANTE CO	DM REFEI	CAO COM	MPLET	QUADRIL) - TR A	ATA 1 1 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1
Dados da autorização													
39 - Data provável da Ad	missão hos	spitalar   40	0 - Qtde	Diárias Auto <b>1</b>	orizadas 4		e Acomodaç	ão autoriza	da				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado43 - Nome do Hospital / Local Autorizado44 - Código CNES78.614.971/0001-19IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA2580055													
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 17/10/2023 / Empresa / Titular: UNIMED RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA  46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável 149 - As													



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenc	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269	9287392			92873928	17/10/2023 15:39	92873928			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0370000019087791									
8 - Nome									
MARILENA CHUBACI									
Dados do Profissional Solici			11	15					
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone		11 - E-mail				
MAURICIO RODRIGUE	5 MITASANI								
Dados da cirurgia									
<ul><li>12 - Justificativa técnica dor no quadril esquerdo rad</li></ul>	ografia mostra artrose								
dor no quadril esquerdo rad									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fahricanta		de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solido de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado			
1- <b>00 74319035</b>			ARA QUADRIL NAO CIMENTADO ZIMMER	•		_  1     , _			
80175510040			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
2- <b>74898957</b>	CUP	ULA ACETABULAR MET	TALICA ZIMMER - 00-6200-048-20 - CUPUI	LA  _  1	_ _ , _	_  1  _ _ ,			
80044680269		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
3- <b>73984736</b>	ACE		IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 0	0-8    1	_ _ _ ,	_  1  _ _ ,			
80044680259		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
4-   _	_								
	_ _ _								
<sup>3-</sup>          -	_ <del> _ _ _ </del>					_			
6-		IIIIII							
	 					_ _			
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3373-1500 / Emitido em 17/10/2023 / Empresa / Titular: UNIMED RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA									
Telefonic Contratavo. (40)007 0-1000 / Entitudo enti 17/10/2020 / Entituesa / Titulai. Ortifoldo Coopenativa de Tradaeno Iviedioo do Rio de Jarreiro et da									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	lo Responsável pela Autorização				
	II.			П					