

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92444018

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela C	Operadora						
343269		·	<u> </u>		9244	4018			
4 - Data da Autorização 05/09/2023 15	5 - Senha	924440	11	alidade da Senha 04/11/2 0	23				
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		8	- Validade da Carte	eira	9 - Atendimento	de RN			
0050000035938024 01/10/2024					N				
50 - Nome Social									
10 - Nome MARCIA LEODORO SAMBATTI									
Dados do Contratado Solic	itante								
12 - Código na Operadora		11	do Contratado						
78.613.841/0001-61		ASSOCI	ACAO EVANGE						
14 - Nome do Profissional So TOMAS SEIBEL	licitante			15 - Conselho Profissional 16 - Número d 36495			do Conselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	os da Internaçã	ão						
19 - Código na Operadora / CNPJ									
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação 24 - F	Regime de Internação	25 - Qtde. Di	árias Solicitadas	26 - Previsão de uso o	de OPME 27 -		so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica									
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional		0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)		CID 10(4) (opcio	nal) 33 - Indicação	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relac 9		pença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solid	citados							
1- 22 30724058 2- 22 30731127 3- 18 60000805 4-	o Procedimento	TENOPI DIARIA	PLASTIA (QUAL LASTIA DE TENI DE QUARTO C	DAO EM OUTR OLETIVO DE 2	AS REGIOES LEITOS COM	O DE QUADRIL) - BANHEIRO PRIV	TRATA 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	- Qtde. Solid	. 38 - Qtde. Aut. 1 2
Dados da autorização									
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde Diária:	- 11	41 - Tipo de Acom 1	odação autorizad	la			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61 43 - Nome do Hospital / Local ASSOCIACAO EVANG					CENTE DE L	ONDRINA		11	44 - Código CNES 2550792
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 05/09/2023 / Empresa / Titular: ASSOC PARANAENSE DE ADMINISTRADORES ESCOLARES APADE SUB SEDE LO NDRINA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização									
46 - Data da Solicitação	47 - As	sinatura do Prof	issional Solicitante	II 48 - Assinatura	do Beneficiário o	u Responsável 1149	- Assinatura do	Responsáve	Lpela 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 Referenciada 92444018		4 - Senha 92444018			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92444018			
343269						05/09/2023 15:58				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0050000035938024										
8 - Nome										
MARCIA LEODORO SA	MBATTI									
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	9	11 - E-mail					
TOMAS SEIBEL										
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica ARTRODESE DE QUADRII ARTRODESE DE QUADRII										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do N		Descrição				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
•	21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante				23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4			
1- 72207655 SISTEMA NAO CIMENTADO PARA SUBSTITUICAO 1 B0044680220 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT				1	_ , - - - - - - - - - - - - - - - - - -	_ 1	,			
2- 72466871					 1		1			
80044680251					<u> </u>	-	_I '	IIII'III		
3- 72466740 SISTEMA DE QUADRIL DUAL MOBILITY - XL-200146: SUPORTE DUAL M					1		_ 1			
80044680251								1-1-1-1-17-1-1		
4- 74004018				- 00-8775-028-01			_ 1			
80044680330	044680330 ARTHROM COMERCIO D			SORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _		_ .			
5- 00 74320866	74320866 COMPONENTE FEMORAL PARA Q			CIMENTADO ZIMMER -	<u> _ </u> 1	,	_ 1	_ _ , _		
80175510040		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTES	SORTOPEDICOSLTDA		_ _ _				
6- _	_ _ _					_ _ _ , _	_	_ _ , _		
			_			_ _ _ _	_ _			
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	378-1000 / Emitido em 05/	09/2023 / Empresa / Titular:	ASSOC PARANAEN	SE DE ADMINISTRADORES ES	SCOLARES APADE	SUB SEDE LONDRINA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização				